

訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプラン届出書兼理由書

年 月 日

矢巾町長 様

介護支援専門員氏名

事業所名（事業所番号）

届出者

()

管理者氏名

電話番号

ケアプランに厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けましたので、添付書類を添えて下記のとおり届け出ます。

被保険者	フリガナ		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)																				
	氏名																							
	被保険者番号		認定期間	年 月 日～ 年 月 日																				
訪問介護 (生活援助中心型) の回数 <small>該当する要介護度 に○をつけ、計画 上の回数を記入し てください</small>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">要介護度 (○をつける)</th> <th style="width: 15%;">要介護1</th> <th style="width: 15%;">要介護2</th> <th style="width: 15%;">要介護3</th> <th style="width: 15%;">要介護4</th> <th style="width: 15%;">要介護5</th> </tr> <tr> <td>ケアプラン上の 訪問介護（生活援助 中心型）の回数 (回/月)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(参考) 基準回数</td> <td style="text-align: center;">27回</td> <td style="text-align: center;">34回</td> <td style="text-align: center;">43回</td> <td style="text-align: center;">38回</td> <td style="text-align: center;">31回</td> </tr> </table>						要介護度 (○をつける)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	ケアプラン上の 訪問介護（生活援助 中心型）の回数 (回/月)						(参考) 基準回数	27回	34回	43回	38回	31回
	要介護度 (○をつける)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5																		
	ケアプラン上の 訪問介護（生活援助 中心型）の回数 (回/月)																							
(参考) 基準回数	27回	34回	43回	38回	31回																			
届出の 事由 <small>該当する番号に○ をつけてください。</small>	<ol style="list-style-type: none"> 1 新規にケアプランを作成したため。 2 要介護認定の更新後、初回のケアプランを作成したため。 3 要介護度の変更に伴い、ケアプランを作成したため。 4 上記(1)～(3)以外の場合で、ケアプランを変更し、訪問回数が基準以上となったため。 																							
訪問介護 (生活援助中心型) の回数を多く位置 付けた理由と効果	※基準回数以上になった理由やその効果を具体的に記入してください。																							
検証会議 への出席 の希望	当該ケアプランを検証する会議への出席を <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 希望します 希望しません </div>																							

裏面の提出書類チェック表を確認し、提出漏れのないようにしてください。

訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプラン 提出書類チェック表

No.	必要書類	チェック箇所	チェック欄 ※確認したら ○
1	訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプラン届出書兼理由書		
2	第1表	ケアプラン	利用者の署名があり、交付したもの。
3	第2表		
4	第3表〔週間サービス計画表〕		
5	第4表〔サービス担当者会議の要点〕		
6	第5表〔居宅介護支援経過〕		生活援助が必要となった経緯や理由がわかる箇所のみで可。
7	第6表〔サービス利用票(兼居宅サービス計画)〕		
8	第7表〔サービス利用票別表〕		
9	アセスメントシート		当該ケアプランの作成にあたり実施したもの。
10	利用者の基本情報	当該ケアプラン作成時のもの。	
11	ケアプランに位置付けられた訪問介護計画書	担当の介護支援専門員が指定訪問介護事業所から提供を受けたもの。	
12	服薬情報	該当がある場合。お薬手帳等の写し可。	
13	障がい者サービスの利用状況等がわかる資料	該当がある場合。様式は任意。	
14	経済状況がわかる資料	年金の受給状況等がわかるもの。アセスメントに記載があれば不要。	

上記1～14の書類をそろえて提出してください。

《提出期限》

対象となるケアプランを作成又は変更し、交付した月の翌月の末日。

※末日が土日祝日の場合はその直前の平日

《提出先》

矢巾町健康長寿課長寿支援係