訪問介護（生活援助中心型）の回数が多い居宅サービス計画の届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者被保険者番号 |  |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E－mail |  |

1. 届出の理由（該当する理由に○を記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 新規に居宅サービス計画を作成した。 |
|  | 要介護更新等の認定後、居宅サービス計画を作成した。 |
|  | 要介護度の変更により、訪問回数が基準回数以上となった。 |
|  | 居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった。 |

1. 訪問介護（生活援助中心型）の回数／月（該当する要介護度の欄に記載してください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| 基準回数 | ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 計画上の回数 |  |  |  |  |  |

1. 理由書（基準回数以上となった理由を具体的に記載してください。）

※アセスメントや支援経過等に記載がある場合は、記入不要です。

|  |
| --- |
|  |