

訪問介護(生活援助中心型)の回数が基準を超えるケアプラン届出書

フリガナ				受付番号		
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	利用開始	年 月から
回 数	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					
基準回数を 超える理由						
添付書類 (写し)	<input type="checkbox"/> ケアプラン第1表(利用者同意署名があるもの) <input type="checkbox"/> 第2表 <input type="checkbox"/> 第3表 <input type="checkbox"/> 第4表 <input type="checkbox"/> 第5表(生活援助に関する部分のみで可)					

大 山 崎 町 長 様

上記のとおり、基準回数を超える訪問介護(生活援助中心型)をケアプランに位置付けることとなりましたので、関係書類を添えて届け出ます。

年 月 日

居宅介護支援事業所名

事業所住所

連絡先電話番号

介護支援専門員氏名

印

※基準回数を超える訪問介護(生活援助)をケアプランに位置付けるたびに、届出が必要です。  
 ※新規作成・変更・認定更新・区分変更など、利用者の同意を得てケアプランを交付した時から、翌月の末日までに届け出て下さい。