

訪問介護(生活援助中心型)の規定回数を超えるケアプラン届出書

フリガナ				保険者番号				3	5	2	0	2	1	
被保険者氏名				被保険者番号										
住 所		電 話 番 号												
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														
規定回数を 超える理由 及び 業者選定理由														
宇部市長 様 上記のとおり、サービス担当者会議等を通じ、適切なケアマネジメントを行った結果、規定回数を超える生活援助サービスの必要があると判断し、居宅介護サービス計画を作成したので届け出ます。 年 月 日 居宅介護支援事業所名 介護支援専門員等氏名														
				印	電話番号				FAX番号					

提出書類(チェックしてください。)

提出書類	注意事項
<input type="checkbox"/> 基本情報	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(第1表)	利用者へ交付し、署名のあるもの
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(第2表)	
<input type="checkbox"/> 週間サービス計画表(第3表)	介護サービス以外のインフォーマルサービス等記入すること
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点(第4表)	
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援経過(第5表)	生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可
<input type="checkbox"/> サービス利用票(第6表)	
<input type="checkbox"/> サービス利用票別表(第7表)	
<input type="checkbox"/> 訪問介護計画書	訪問介護事業所から提供を受けたもの

【留意事項】

- 届出期限: 作成・変更した月の翌月末日(例: 10月作成・変更であれば、11月末までに届け出ること。)
- ※認定申請中の場合には、認定結果の確定後速やかに届け出てください。
- 必要に応じて、利用者及びその家族、サービス事業者を確認する場合があります。