訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書（兼理由書）

令和　〇年　○月　○日

南知多町長

事業所名　　　　　　居宅介護支援事業所　○○○

所 在 地　　　　　　○○○○○○○○○○○○

電話番号　　　　　　０００（０００）００００

介護支援専門員氏名　　○　○　　○　○

居宅サービス計画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、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 生年月日 | | 昭和１０年　１月　１日 | |
| 住　所 | 南知多町１－１－１ | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ミナミチタ　　タロウ | | | | | | | | | | | | 認定期間 | | | |
| 氏　名 | 南　知　多　　太　郎 | | | | | | | | | | | | 令和××年　○月　○日から  　　令和××年　○月　○日 | | | |
| 訪問回数 | 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  短期目標期間内で、最も多く算定する月の回数を記載すること | | ３１回 |
| 計画上の回数 |  | | | | |  | | | | | ５０ | | |  | |  |
| 居宅サービス計画に位置付けた理由と期待される効果  　※この欄には、主として以下の内容について記述すること。  ・利用者の生活概況。  ・介護支援専門員がプラン上に訪問介護を位置づけた理由。  ・サービス提供したことにより期待される効果について。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者意見（プラン作成者が管理者の場合は事業所内での検討内容）  　※この欄には、所属する居宅介護支援事業所の管理者の意見を記述すること。  　　・プラン作成者が管理者の場合は、当該プランについて事業所内で検討した内容を記述する。  　　・所属する介護支援専門員が管理者のみの場合は、空欄とする。  管理者氏名　　　△△△　○○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※保険者使用欄  □第１表　　□第２表　　□第３表　　□第４表　　□第５表　　□第６表　　□第７表  注）提出する居宅サービス計画書及び利用表の写しは、利用者が同意済みのもので、短期目標の開始月のものを添付すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |