訪問介護（生活援助中心型）が厚生労働大臣が定める回数以上となる場合の届出書

年　　月　　日

岩　出　市　長　　様

居宅介護支援事業所名

事業所住所

事業所連絡先

下記のとおり、適切なケアマネジメントを行った結果、厚生労働大臣が定める回数以上の生活援助サービスの必要があると判断しましたので、居宅サービス計画等を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
|  | 生年月日 | 明治大正昭和 | 年　　　月　　　日 |
| 現住所 |  |
| 要介護度 | １・２・３・４・５ | 生活援助の計画上の回数 | 回　　　　　　 |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 計画作成の区分 | □　新規　　□　更新　　□　区分変更　　□　計画変更　　□　その他（　　　） |
| 訪問介護の生活援助が基準回数を超える理由（具体的に記入すること） |  |
| 担当介護支援専門員氏名 |  |

※厚生労働大臣が定める回数　要介護１：２７回，２：３４回，３：４３回，４：３８回，５：３１回

【添付書類】　※本人署名欄のあるものは、必ずその写しを提出すること。

①アセスメント表及び居宅サービス計画書「第１表」「第２表」「第３表」「第６表」「第７表」

②サービス担当者会議の要点「第４表」

③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部分のみで可

④訪問介護計画書