

訪問介護（生活援助中心型サービス）の回数が多いケアプランの届出書

居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の住所	〒		
介護保険事業所番号					
担当介護支援専門員氏名			電話		
フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名		生年月日			
性別		要介護度			
計画作成（変更）日		計画の期間	～		
生活援助中心型サービスの1月あたりの回数(該当する要介護の欄に回数を記入してください)					
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	回	回	回	回	回
※月により、基準回数を超える月、超えない月がある場合は、超える月の想定回数を記入					
生活援助中心型サービスが規定回数を超える理由					
提出書類チェック表（すべて写しを提出）					
✓	書類の名称	注意事項			
<input type="checkbox"/>	基本情報（フェイスシート）				
<input type="checkbox"/>	課題分析表（アセスメントシート）				
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書（1）「第1表」	利用者へ交付し署名があるもの			
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書（2）「第2表」				
<input type="checkbox"/>	週間サービス計画書「第3表」				
<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」	生活援助中心型を位置付けた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			

※平成30年10月1日以降に作成、変更したケアプランを翌月末までに提出してください。

※届出のあった居宅サービス計画は、内容確認後、地域ケア会議等で検証を行います。

地域ケア会議等での検証の際、必要に応じて担当介護支援専門員の出席をお願いする場合があります。