**訪問介護の回数が多いケアプランの届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | ０ | ８ | ２ | ３ | ６ | ２ |
|  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 要介護度 | □　要介護１　□　要介護２　□　要介護３　□　要介護４　□　要介護５ |
| 利用開始月 | 　　　年　　　月　から | 生活援助の月延べ回数 | 回 |
| 厚生労働大臣が定める規定回数を超える訪問介護の必要性(理由) |  |
|  | ※家族の支援を受けられない状況や認知症等の症状がある事、その他の事情により、利用が必要な理由がケアプランの記載内容からわかる場合は、「居宅サービス計画に記載のとおり」とご記入ください。 |
| 添付書類（写し） | □　ケアプラン（1表～7表）（5表は生活援助中心型の訪問介護の回数が多くなった経緯が分かる部分のみで可）□　基本情報□　アセスメント表□　訪問介護計画書の写し |
| 　（あて先）　小　美　玉　市　長　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、規定回数を越える生活援助サービスの必要があると判断し、居宅サービス計画を作成したので添付書類を添えて届出ます。　　年　　　月　　　日　　事　 　業　 　所　 　名　　事　業　所　連　絡　先　　介 護 支 援 専 門 員 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |