

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

令和 年 月 日

長野市長 あて

居宅介護支援事業所名 _____

管理者名 _____ (担当者名)

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）第 13 条第 18 号の 2 の規定により届け出ます。

1. 被保険者情報

被保険者名	(フリガナ)	(被保険者番号)	
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		

2. 届出の理由（該当する種別に○を記入してください）

種 別	説 明
<input type="checkbox"/>	(1) 新規に基準回数以上の居宅サービス計画を作成した。
<input type="checkbox"/>	(2) 更新申請に伴い、基準回数以上の居宅サービス計画を作成した。
<input type="checkbox"/>	(3) 変更申請に伴い、基準回数以上の居宅サービス計画を作成した。
<input type="checkbox"/>	(4) サービス内容の変更に伴い、基準回数以上の居宅サービス計画を作成した。

3. 要介護度・生活援助中心型の回数／月（要介護度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					

4. 提出書類チェック表 ※提出の前に「確認」欄にチェックをしてください。

確認	書類の名称	注意事項
<input type="checkbox"/>	アセスメントの課題分析の結果	
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書「第 1 表」の写し	
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書「第 2 表」の写し	
<input type="checkbox"/>	週間サービス計画表「第 3 表」の写し	
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の要点「第 4 表」の写し	
<input type="checkbox"/>	サービス利用票「第 6 表」の写し	該当する月のもの
<input type="checkbox"/>	サービス利用票別表「第 7 表」の写し	該当する月のもの

< 提出に関する注意事項 >

厚生労働大臣が定める回数を超える場合は、ケアプランの交付日から 2 週間以内に提出してください。