|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

**訪問介護の生活援助中心型サービスにおける訪問回数の多い**

**居宅サービス計画の届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

船橋市長あて

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員 |  | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | | | | | | 認定の有効期間 | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | 年　　月　　日～  　　　　　年　　月　　日 | |

**ケアプラン作成（変更）日：　　　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** | **３１回** |
| **計画上の回数** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 【提出書類】 |
| □ 居宅サービス計画書（第１表～４表、第６表サービス利用票、第７表利用票別表）【必須】 |
| □ アセスメントに係る書類【必須】 |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 居宅サービス計画に位置付けた理由と期待される効果 |
|  |

※届出後は、ケアプランの検討会議等を開催し、その検討内容等について担当圏域の地域包括支援センターよりご連絡いたします

　○**この書式は、ケア倶楽部及び市ホームページに掲載しております。**