年　　　月　　　日

酒々井町長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　以下の通り、居宅サービス計画書等を届出ます。

**訪問介護（生活援助中心型）の回数が多い場合の届出書**

１　被保険者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| ふりがな被保険者氏名等 |  | 男女 | 　　　　歳 |
|  |
| ケアプラン作成日又は変更日 | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 世帯状況 | 　独居　・　同居家族あり　・　サービス付き高齢者向け住宅等 |

２　訪問介護（生活援助中心型）の回数／月（該当する欄に回数をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |

３　届出の理由（該当する理由に○をご記入ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 該　当 | 理　　　　　　　　由 |
|  | ①　新規に居宅サービス計画を作成した。 |
|  | ②　要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した。 |
|  | ③　要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった。 |
|  | ④　居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった。 |

４　理由（基準回数以上となった理由を具体的に記入してください。）

|  |
| --- |
| ※ケアプランに具体的な理由を記載してある場合は、「第○表○ページのとおり」と記載していただくだけでも構いません。添付書類　□ケアプラン第１表～第７表（第５表は生活援助を位置付けた理由の記載ページのみ）□基本情報及びアセスメント表 |
|  |