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票

**○居宅介護支援事業所及び作成者について**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 | |  | | |
| 事業所番号 | |  | | |
| 事業所所在地 |  | | | |
| 電話番号 |  | | ＦＡＸ番号 |  |
| ケアプラン  作成者氏名 |  | | | |

**○ケアプランについて**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | 被保険者  番号 | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| ケアプラン有効期間開始日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  |  | |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 訪問介護の生活援助が  基準回数以上となる理由  及び  業者選定理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |