平成　　年　　月　　日

東員町長　様

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

規定回数を超える訪問介護（生活援助中心型）利用者届出書

被保険者番号	
利用者氏名	
要介護度	
認定期間	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日
生活援助中心型の算定理由	1　一人暮らし　　2　家族等が障害、疾病等 3　その他（　　）

1　訪問介護（生活援助中心型）の回数／月（該当する要介護度の欄に、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					

2　届出の理由（該当する理由にチェック☑を入れてください。）

該当	理由
□	新規に居宅サービス計画を作成した。
□	要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した。
□	要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数を超えた。
□	居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数を超えた。

※軽微な変更（曜日変更等）のケアプラン作成は含みません。

3　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。）

4　提出書類チェック

チェック	提出書類	備考
□	基本情報（フェイスシート）	
□	課題分析表（アセスメントシート）	
□	居宅サービス計画書 「第１表」～「第７表」	・第1表については、利用者へ交付し、署名があるもの ・第2表については、訪問介護以外のサービスも含め全てのページ ・第5表については、生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可 ・第6表については、実績の記載は不要
□	訪問介護計画書の写し	訪問介護事業所から提供を受けたもの

東員町長寿福祉課　確認欄　（平成　　年　　月　　日点検）

□申請内容を確認しました。	□（　以下　・　別紙　）のとおり、サービス内容の見直しを行ってください。