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。 |