

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兼理由書

被保険者番号		被保険者氏名	
届出介護支援事業所名			
介護保険事業所番号			
担当者名			
電話番号			
F A X 番号			
E-mail			

① 届出の理由（該当する種別に○を記入してください）

種別	説明
	(1)新規に居宅サービス計画を作成し、基準回数以上となった。
	(2)介護更新後の初回に計画を作成し、基準回数以上となった。
	(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)居宅介護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。(※)

※（例）要介護 1：28 回から 30 回に変更した場合は、届出不要です。

② 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)	2 7 回	3 4 回	4 3 回	3 8 回	3 1 回
計画上の回数					

③ 提出書類チェック表

	書類の名称	注意事項
	利用者基本情報	
	居宅サービス計画書(1)「第 1 表」	利用者の同意日及び利用者の署名又は捺印があるもの
	居宅サービス計画省(2)「第 2 表」	
	週間サービス計画表「第 3 表」	
	サービス担当者会議の要点「第 4 表」	
	居宅介護支援経過「第 5 表」	生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可
	サービス利用表「第 6 表」	
	サービス利用票別表「第 7 表」	

(裏面へ続く)

④ 理由書（②の基準回数以上になった理由を具体的に記入してください）

⑤ 注意事項

- ・訪問介護（生活援助中心型サービス）について、利用者に対して十分な説明（ケアプランの内容や自己負担額等）を行ったうえで、基準回数を超過する場合に本届出兼理由書を提出して下さい。
- ・提出された届出兼理由書と各提出書類をもとに内容を確認したうえで、地域ケア会議を開催する場合があります。

●お問い合わせ先

〒867-0005

水俣市牧ノ内3番1号

水俣市 いきいき健康課 高齢介護支援室

電話 0966-63-3051

FAX 0966-62-3670