年　　月　　日

佐賀中部広域連合長　様

**訪問介護（生活援助中心型）が基準回数以上となる場合の届出書**

１．居宅介護支援事業所及び作成者について

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| ケアプラン作成者氏名 |  |

２. 届出理由（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。 |
|  | (5) その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

３．ケアプランについて

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 居宅サービス計画の期間 | 年　　月　　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 |  |  |  |  |  |

理由（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）

|  |
| --- |
|  |

問い合わせ及び提出先

佐賀中部広域連合　給付課指導係

Tel 0952(40)1131 ／ Fax 0952(40)1165