佐賀中部広域連合長　様

**支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画の届出書**

下記利用者に係る居宅サービス計画について、別添のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．届出日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| ２．該当項目  （※１） | □　居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証  □　高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検 | | | | | | | | | | | | | | |
| ３．届出事業所について | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | 事業所番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| ４．居宅サービス計画について | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |
| 計画の期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| ケアプラン  作成者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |

**添付書類**　（以下の書類の写し。両面印刷可。）

　□アセスメント表（基本情報を含む）

□居宅サービス計画書（第１表から第５表）

　□個別サービス計画書

※１）

「２．該当項目」については記入不要。受付時に広域連合で記入します。

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