

届出番号	—
------	---

(新宿区)

【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書】

届出期限：作成・変更した月の翌月末日

※ただし、認定申請中の場合には、認定結果が確定してから届出してください。

被保険者番号	
居宅介護支援事業所名	
担当者名	
電話番号	
F A X 番号	
E-mail	

① 届出の理由（該当する理由に○を記入してください）

	説 明
	新規に居宅サービス計画を作成した。
	要介護更新等認定後、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以上となった。
	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。

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（A 4 サイズの用紙にコピーして提出してください）

	書類の名称	注意事項
	アセスメント表（利用者基本情報含む）	
	居宅サービス計画書(1)「第1表」	利用者へ交付し、署名があるもの
	居宅サービス計画書(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
	サービス利用票「第6表」	
	サービス利用票別表「第7表」	
	訪問介護計画書	訪問介護事業所から提供を受けたもの

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）

※アセスメント表又は支援経過等に記載がある場合は、記入不要

--

⑤ ケアマネジャーが、高齢者総合相談センターの支援を [希望する ・ 希望しない]

◎ 希望する場合は本人（これによりがたい場合には家族）の同意を得て、下記も記入

同意者氏名 (続柄：)