

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（兼理由書）

年 月 日

上三川町長 様

事業所名

所在地

電話番号

介護支援専門員氏名

被保険者番号					要介護度	要介護
フリガナ					生活援助の1月あたりの回数	回
利用者氏名						
生年月日	年 月 日		計画作成年月日	年 月 日		
訪問介護の生活援助が基準回数以上になった <u>具体的な理由</u>						
添付資料 ・アセスメントシートの写し（基本情報シート部分も含む） ・居宅サービス計画書（第1～7表）の写し ※第1表は、利用者へ交付し署名があるもの 第5表は、生活援助中心型の訪問介護を位置付けた理由を記載したページの部分 ・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）						