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

土岐市長　宛

届出日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被保険者番　　号 |  | | |
| 被保険者氏名 |  | | |
| 生年月日 | 明・大・昭  年　　　月　　　日　生 | | | 性　　別 | 男　　　　　女 | | |
| 住　　所 |  | | | | | | |
| 利用開始月 | 年　　　月　から | | | | | | |
| 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 |  |  |  |  |  |
| 訪問介護の生活援助が  基準回数以上となる理由 | |  | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 | ㊞ | | |
| 事業所番号 |  | | |
| 事業所所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| ケアプラン  作成者氏名 |  | | |