

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

提出日 年 月 日

(宛先) 大泉町長

被 保 険 者 情 報	氏名											生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
	被保険者番号												要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5				
	住所																	
	認定有効期間	年			月			日			～	年			月			

居宅介護支援事業所																	
所在地																	
計画作成担当者											電話番号						
利用開始年月	年			月			日										

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
(規定回数)	27 回	34 回	43 回	38 回	31 回
計画上の回数 (最大値となる月の回数)					

居宅サービス計画に位置づける理由	(本人、介護者の状況や利用の必要性、今後の計画を記載ください)

添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画（第1表～7表）（写） *ただし、第5表は生活援助の必要性が記載されている部分のみ
	<input type="checkbox"/> 基本情報・アセスメント表
	<input type="checkbox"/> 訪問介護計画書

町使用欄

受付日	受付番号	妥当性
		有・無