



### 訪問介護の回数が厚生労働大臣が定める回数以上のケアプラン届出書

被 保 険 者	氏名		被保険者 番号		
	生年月日	年 月 日( 歳)	性別	男 ・ 女	
	ケアプラン 開始日	年 月 日			
要介護度		計画上の回数	回	規定回数	回
届出の理由 (該当する項目を 選択)	<input type="checkbox"/> ・新規にサービス計画を作成 <input type="checkbox"/> ・更新認定後、初のサービス計画作成 <input type="checkbox"/> ・介護度の変更に伴い基準回数以上になった <input type="checkbox"/> ・居宅サービス計画の変更に伴い基準回数以上になった				

#### 提出書類

#### (留意事項)

<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書(1) 第1表	利用者の署名が済んでいるものの写し
<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書(2) 第2表	
<input type="checkbox"/>	週間サービス計画表 第3表	
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の要点 第4表	生活援助について検討した内容を記載
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	サービス利用票 第6表	
<input type="checkbox"/>	サービス利用票別表 第7表	
<input type="checkbox"/>	基本情報シート	
<input type="checkbox"/>	アセスメントシート	

大泉町長 宛て

サービス担当者会議で協議し、適切なケアマネジメントを行った結果、規定回数以上の生活援助サービスが必要と判断し居宅サービス計画を作成したので、届け出ます。

年 月 日

居宅介護支援事業所名

印

連絡先電話番号

介護支援専門員氏名