

訪問介護における生活援助中心型サービス利用回数超過届出書
居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等届出書

年 月 日

(あて先) 函館市長

届出者 法人名
住 所
代表者名

- 訪問介護における生活援助中心型サービスの利用予定回数に関し、厚生労働大臣が定める回数以上の利用回数をケアプランに位置付けたので、
 居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証に関し、依頼のあったケアプランについて関係書類を添えて届出いたします。

届出対象利用者

被保険者番号	被保険者氏名	年 齢	性 別	要 介 護 度
		歳	男 ・ 女	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
世 帯 状 況	独居 ・ 家族と同居 ・ サービス付高齢者住宅等			
日常生活自立度	寝 た きり	自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
	認 知 症	自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M		
居宅サービス計画作成年月日		年 月 日		
計画上の生活援助中心型の訪問回数		回 / 月		
【訪問介護が必要な理由】				

ケアプラン作成事業所

事業所名			
事業所住所		電話番号	
メールアドレス			
担当介護支援専門員氏名			