

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

平成31年 1月31日

函館市長 様

届出者 法人名 函館市東雲町4番13号
 住 所 株式会社 函館事業所
 代表者名 代表取締役 函館 太郎

役職名を必ず記入

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、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
00009999	函山 花子	88 歳	男 ・ (女)
要 介 護 度	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 ・ IIa (IIb) ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ V	
居宅サービス計画作成年月日		30 年 12 月 20 日	
計画上の月訪問回数		36 回	

ケアプラン作成事業所

事業所名	居宅介護支援事業所 函館山		
事業所住所	函館市東雲町4番13号	電話番号	99-9999
メールアドレス	Hakodate_hakodate@hakodate.co.jp		
担当介護支援専門員氏名	函川 大介		

届出の必要があるケアプランは、厚生労働大臣が定める回数以上の**生活援助中心型サービス**(身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合の回数は含みません)を位置付けた場合です。また、届出は**ケアプランを作成した月の翌月末**までに函館市役所介護保険課へお願いします。