

# 【記載例】

様式1

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

令和 5年 5月 1日

(あて先)函館市長

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**

該当する方にチェック

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**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
<b>0000999999</b>	<b>函山 花子</b>	<b>88</b> 歳	男・ <b>女</b>	1・ <b>2</b> ・3・4・5
世帯状況	<b>独居</b> ・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・ <b>A1</b> ・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症	自立・I・II a・ <b>II b</b> ・III a・III b・IV・M		
居宅サービス計画作成年月日	<b>令和 5年 4月 20日</b>			
計画上の生活援助中心型の訪問回数	<b>36</b> 回/月			
【訪問介護が必要な理由】				
訪問介護(生活援助中心型)が必要な理由を記載してください。 ※訪問介護(生活援助中心型)利用が必要である理由が居宅サービス計画の記載内容からわかる場合には記載不要です。その場合は、居宅サービス計画書の該当する箇所にマーカー等をするようにお願いします。				

ケアプラン作成事業所

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

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)**を位置づけた場合です。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。  
**居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証**に該当する場合は、**市からケアプランの提出について依頼**をしますので、依頼がありましたら、指定する期日までに提出をお願いします。