**訪問介護（生活援助中心型）の回数が基準以上となるケアプランの届出書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大和高田市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当介護支援専門員（担当者）名

下記の被保険者について生活援助中心型の訪問介護サービスの回数が規定以上になるため、次のとおり届け出します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 | 　　　　　　　　　　　 | 性別 |  | 生年月日 |  |
| 被保険者番号 | 　　　　　　 | 住所 |  |
| 要介護（要支援）度 | 要介護（　　　）  |
| 認定有効期間 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |

訪問介護の生活援助が基準回数以上となる理由

|  |
| --- |
|  |

生活援助の内容（回数、時間等）

|  |
| --- |
|  |

厚生労働大臣が定める回数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |

提出書類

・訪問介護（生活援助中心型）の回数が基準以上となるケアプランの届出書

・利用者基本情報（フェイスシート）写し

・課題分析票（アセスメントシート）または課題整理総括表写し

・居宅サービス計画書１～３表の写し（第１表については交付し署名のあるもの）

・サービス担当者会議の要点（第４表）写し

・サービス利用票（第６表）と別表（第７表）の写し

・各サービス計画書（訪問介護計画書等）写し

留意事項

・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が適切なアセスメントによりケアプランに位置付けてください。

・ケアプランを交付（作成または変更）された月の翌月末までに届出書を提出してください。（例　４月に交付したもの→５月末までに提出）