年　　月　　日

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助）

を位置付けるケアプラン届出票

1．居宅介護支援事業所及び作成者について

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名称 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ケアプラン作成者氏名 |  |

2．ケアプランについて

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| ケアプラン有効期間開始日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 届出の理由（該当するものにチェックをつけてください） | □新規に居宅サービス計画を作成した。  □要介護度更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した。  □要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった。  □居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった。 |
| 要介護度 |  |
| 1月あたりの訪問介護（生活援助）提供（予定）回数 |  |
| 本ケアプランにおいて、利用が多いサービス内容  （右の項目からひとつを選びチェックを付けてください） | □サービス準備等（健康チェック、環境整備、相談援助、情報収集・提供、サービス提供後の記録等）  □掃除（ゴミ出しを含む）  □洗濯  □ベッドメイク  □衣類の整理・被服の補修  □一般的な調理、配下膳  □買い物・薬の受け取り |
| 訪問介護（生活援助）提供（予定）回数が基準回数移乗になった理由を具体的に記入ください。 |  |