訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出票

**○居宅介護支援事業所及び作成者について**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| ケアプラン作成者氏名 |  |

**○ケアプランについて**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 |
| ケアプラン有効期間開始日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 要介護度・生活援助中心型の回数／月※要介護度の欄に回数を記入してください。 | 要介護度 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| 基準回数 | ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 計画上の回数 |  |  |  |  |  |
| 訪問介護の生活援助が基準回数以上となる理由及び業者選定理由 |  |