厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置づけた

居宅サービス計画届出書

年　　月　　日

摂津市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　居宅サービス計画作成者名

1　対象者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 認定有効期間 | 令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで |
| フリガナ |  |
| 被保険者氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年 　月 　日 |

２　生活援助中心型サービスの回数/月

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |

3　基準回数以上の生活援助中心型サービスを位置づけた理由（具体的に記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

４　提出書類

　□居宅サービス計画書（第１表～３表）

　□サービス担当者会議の要点（第４表）

　□サービス利用票（第６表）

　□サービス利用票別表（第7表）

　□アセスメント（課題分析にかかる記録）

被保険者ごとに、この届出書と提出書類を高齢介護課へ提出してください。

　　**提出期限：居宅サービス計画を作成した月の翌月末日**

　　認定申請中の場合は、認定結果が確定してから届出してください。

　　※必要に応じて、追加資料の提出を求める場合があります。