

受理印

訪問介護ケアプラン届出書兼理由書(生活援助基準回数以上)

被保険者番号	000	被保険者氏名	
居宅介護支援事業所 〔担当CM電話連絡先〕	居 宅 [CM 電話]		
ケアプラン作成月	年 月 作成分	生活援助中心型の回数	回/月
要介護度 〔認定期間〕	【 介1・介2・介3・介4・介5 】 〔 年 月 日 ~ 年 月 日 〕		
届出履歴	【 初回・2回目以降（前回提出日： 年 月 日）】		
生活援助中心型の算定理由 ※下記いずれかにレ印を記入し、その他の場合は理由を記入すること			
<input type="checkbox"/> 1. 一人暮らし		<input type="checkbox"/> 2. 家族等が障害、疾病等	
<input type="checkbox"/> 3. その他		→ 上記に当てはまらない理由 ()	
提出書類【全て写し(コピー)】 ※下記にレ印を記入し確認すること			
【居宅サービス計画書(ケアプラン)】			
<input type="checkbox"/> 第1表:居宅サービス計画書(1)		<input type="checkbox"/> 第2表:居宅サービス計画書(2)	
<input type="checkbox"/> 第3表:週間サービス計画表		<input type="checkbox"/> 第4表:サービス担当者会議の要点	
<input type="checkbox"/> 第6表:サービス利用票(居宅介護計画)		<input type="checkbox"/> 第7表:サービス利用票別表	
【その他書類】			
<input type="checkbox"/> 課題分析表(アセスメント)		<input type="checkbox"/> 訪問介護計画書	
<input type="checkbox"/> 課題整理総括表(松山版)		<input type="checkbox"/> その他 ()	
訪問介護の生活援助が基準回数以上となる理由(具体的に記入してください)			
市記載欄			
受付担当(入力日)	(年 月 日入力)		

※基準回数を超える訪問介護の生活援助をケアプランに位置づけるたびに届出が必要です。(新規・変更・認定更新・区分変更)
 ※居宅介護支援事業所の変更やケアマネジャーの交代等があった場合は、確実な引継ぎを行ってください。