

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書

年 月 日

八女市長 様

事業所所在地

事業所名

担当者名

電話番号

印

次の被保険者について、一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置づけましたので届け出ます。

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

①届出理由（該当する種別に○を記入してください）

種 別	説 明
	（１）新規に居宅サービス計画を作成した。
	（２）要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した。
	（３）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。
	（４）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。
	（５）短期目標の期間が終了し、居宅サービス計画を作成した。

②要介護度・生活援助中心型の回数／月（要介護度に応じて計画上の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）	2 7 回	3 4 回	4 3 回	3 8 回	3 1 回
計画上の回数					

③提出書類チェック表（提出する書類に○をしてください。）

	書類の名称	注意事項
	課題分析（アセスメント）表	必須 ※届出理由（５）の場合は必須としない
	居宅サービス計画書（１）「第１表」	必須 ※利用者に交付し同意のあるものの写し
	居宅サービス計画書（２）「第２表」	必須
	週間サービス計画表「第３表」	必須
	サービス担当者会議の要点「第４表」	必須
	居宅介護支援経過「第５表」	生活援助が必要な理由の記載がある場合のみで可。
	サービス利用票・別表「第６表」・「第７表」	必須
	モニタリング・評価表	届出理由（５）の場合必須
	訪問介護計画書	必須 ※訪問介護事業所から提供を受けたもの
	主治医との連携連絡票	
	お薬手帳の写し	

※被保険者ごとに、この届出書を表紙とし提出してください。

※届出期限：作成・変更した月の翌月末日

（ただし、認定申請中の場合には、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、追加書類を求めることがあります。