**訪問介護（生活援助中心型サービス）が規定回数を超えるケアプランの届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 保険者番号 | | 032110 | |
| 被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 | |  | |
| 生年月日 | 大・昭　　　年　　月　　日生 | | | 性　　別 | | 男　・　女 | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | |
| 届出の理由 | □　新規申請　　□　要介護更新認定後の初回作成　　□　見直しによる変更 | | | | | | |
| 要介護度 | * 要介護1 | * 要介護2 | * 要介護3 | | * 要介護4 | | * 要介護5 |
| 利用（基準）回数 | ２７回 | ３４回 | ４３回 | | ３８回 | | ３１回 |
| 計画回数（延べ） | 回 | 回 | 回 | | 回 | | 回 |
| 基準の回数を超える理由 |  | | | | | | |
| 添付書類（写し）  確認蘭 | □居宅サービス計画書第１表～７表の写し　※利用者へ交付し、署名、捺印があるもの  □基本情報、アセスメント表の写し  □訪問介護計画書の写し　※訪問介護事業所から提供を受けたもの | | | | | | |
| 釜石市長　様  上記のとおり、適切なケアマネジメントを行った結果、規定回数を超える生活援助サービスが必要と判断し、居宅サービス計画を作成したので必要書類を添えて届出します。  　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　事業所名  　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地  　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員氏名  　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号） | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

※「届出の理由」、「要介護度」、「添付書類（写し）確認欄」については該当項目の□に✓すること。

※計画回数については、一月の回数を記入すること。