年　　月　　日

訪問介護（生活援助中心型サービス）の回数が多いケアプランの届出書

所在地

（届出者）法人名称

　　　　　代表者氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 |  | | | |
| 事業所番号 |  | | | |
| 被保険者番号 |  | | | |
| 要介護度  ※該当するものに〇を付けてください。 | 要介護 １ ２ ３ ４ ５ | | 計画上の生活援助中心型の回数 | 回 |
| 届出の理由  ※該当する理由に〇を記入してください。 |  | 新規に居宅サービス計画を作成 | | |
|  | 要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成 | | |
|  | 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 | | |
|  | 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 | | |
| 基準となる回数以上  の訪問介護（生活援  助中心型サービス）  を位置付ける理由 | ※具体的に記入してください。 | | | |

（提出者）

事業所名称

　氏名

　電話連絡先

（区受付印）

※注意事項

・届出するケアプランごとに、この届出書を作成してください。

・届出書と対応するケアプラン等の写しを合わせて、区へ提出してください。