

【一定回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を居宅サービス計画に位置付ける届出書】

(あて先) やすらぎ対策課 介護保険係

年 月 日

被保険者番号	
氏 名	

居宅介護支援事業所名	
担当者名	
電話番号	

① 届出の区分(該当する種別に○を記してください)

種 別
初回
継続
その他

② 要介護度・生活援助中心型の回数/月(介護度の欄に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	27回	34回	43回	38回	31回
計画上の回数					

③ 提出書類チェック表(提出漏れのないように確認してください。用紙サイズはA4に統一してください)

	書類の名称	注意事項
	居宅サービス計画書(1)「第1表」	利用者へ交付し、署名があるもの
	居宅サービス計画書(2)「第2表」	
	週間サービス計画表「第3表」	
	サービス利用票「第6表」	利用者の同意あるもの(実績は不要)
	サービス利用票別表「第7表」	

※書類については、ホッチキス止めはしないでください。

④ 一定回数以上の訪問介護(生活援助中心型)を居宅サービス計画に位置付けることが必要な理由

--