

訪問介護(生活援助中心型)の利用が頻回であるケアプラン等の届出書

フリガナ		被保険者番号										
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日						
現住所												
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5											
介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
生活援助中心型の回数/ 月 回 ※短期目標期間中の最高回数を記載して下さい												
計画作成区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 計画変更											
添付書類 添付書類は写しを提出し、用紙のサイズは、A4にしてください。	◎ 居宅サービス計画書「第1表～第3表」											
	※ 利用者からの同意を得て交付しているもの											
	※ 基準回数を超過する生活援助利用の理由については、第1表の欄外に記載してください。											
	◎ サービス担当者会議の要点（最新）											
	◎ アセスメント(最新)											
	◎ 訪問介護計画書の写し											
(あて先) 鶴田町長 届出年月日 年 月 日 事業所名 事業所住所及び連絡先 介護支援専門員氏名												

※ 1 提出書類は全てホチキス留めをせずに提出してください。

※ 2 提出期限: 利用者へ居宅介護サービス計画を交付し、同意を得た翌月の末日まで