

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

提出日 年 月 日

(宛先)前橋市長

被 保 険 者 情 報	氏名											生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
	被保険者番号												要介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5
	住所																					
	認定有効期間	年 月 日 ~										年 月 日										

居宅介護支援事業所																					
所在地																					
計画作成担当者											電話番号										
利用開始年月	年 月 日																				

作成区分	<input type="checkbox"/> 新規に作成した居宅サービス計画																			
	<input type="checkbox"/> 要介護更新認定後、作成した居宅サービス計画																			
	<input type="checkbox"/> 要介護度の変更に伴い、作成した居宅サービス計画																			
	<input type="checkbox"/> サービス内容の変更に伴い、作成した居宅サービス計画																			

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
(規定回数)	27 回	34 回	43 回	38 回	31 回
計画上の回数(最大値となる月の回数)					

訪問介護が規定回数以上となる理由																				
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

訪問介護事業所の選定理由																				
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(第1表~7表)(写) *ただし、第5表は生活援助の必要性が記載されている部分のみ																			
	<input type="checkbox"/> 基本情報・アセスメント表																			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護計画書																			

市使用欄

受付日	受付番号	妥当性
		有・無