**厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付けるケアプランの届出書**

**（沖縄市）**

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | | 計画作成者名 | | |  | | |
| 被保険者氏名 | |  | | 被保険者番号 | | |  | | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | 年齢 | 歳 | | 性別 | 男　・　女 | |
| 住所 | |  | | | | | | | |
| 要介護度 | |  | 障害高齢者の日常生活自立度 |  | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | | |  |
| 利用開始月 | | 年　　　月から | | 生活援助の月延べ回数 | | | | 回 | |
| 訪問介護（生活援助中心型）が規定回数を超える理由 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 業者選定理由 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 計画に位置付けられている具体的な内容（回数、時間、支援内容等） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 添付書類  （写し） | □課題分析（アセスメント）シート　□ケアプラン1～7表  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

注１：厚生労働大臣が定める訪問介護（生活援助中心型サービス）の回数（１月あたり）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

注２：届出書精査の結果、追加資料の提出を依頼する場合があります。

注３：サービス見直し時期（介護認定・生活援助内容の変更等）においても、基準回数を超える訪問介護（生活援助中心型）を計画する場合は、再度届出が必要です。

※受付印