

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）

令和 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