**訪問介護（生活援助中心型）の回数が多い居宅サービス計画の届出書**

　　　年　　月　　日

（あて先）羽曳野市長

事業所番号　　　　　　　　　　事業所名称

事業所所在地　〒

連絡先電話番号　　　　　　　　　　　介護支援専門員氏名　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　情　報 | 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 住所（実際の居住地） | 〒 |
| 生年月日・性別 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　　年　　月　　日（　　　　歳）　　男　・　女 |
| 要介護度 | 要介護 | 認知症日常生活自立度 |  |
| 認定有効期間 | 　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 |
| 住居の状況 | □独居　□家族等と同居　□施設・集合住宅等（※）（※施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家族等の介護状況 |  |
| 限度額超過 | 　　　有　・　無 | 届出回数 | 　　　　　　回目 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 生　活　援　助　の　内　容　等 | 訪問介護事業所番号 |  | 訪問介護事業所名 |  |
| 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 |
| 計画上回数 |  |  |  |  |  |
| 具体的なサービス内容及び計画上の回数 |  |
| （具体的な利用者の状況等を含め）生活援助中心型サービスが基準回数以上となる理由及び事業者選定理由 |  |

（注）１．この届出書に居宅サービス計画書等の写しを添付すること。必要に応じて、聞き取りや追加の資料提出を依頼することがあります。

　　　２．居宅サービス計画の再作成または変更があった場合には、再度届出ること。

　　　３．届出書及び添付資料の確認をした結果、計画の見直しを依頼することがあります。

（添付資料）

* 課題分析（アセスメント）シートの写し
* 居宅サービス計画書（第1表）～（第3表）の写し（利用者の同意を得て交付したもの）
* サービス担当者会議の要点（第4表）の写し
* 居宅介護支援経過（第5表）の写し（生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由を記載したページのみの提出で可
* サービス利用票（第6表）の写し（当該計画の開始月のもの）
* サービス利用票別表（第7表）の写し（当該計画の開始月のもの）
* モニタリングの結果の記録（直近のもの）の写し
	+ 用紙のサイズはＡ４サイズに統一し、上記の順に並べて提出してください。
* 訪問介護計画書の写し（居宅介護支援事業所が、訪問介護事業所から提供を受けたもの）