

**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<br>保<br>険<br>者<br>情<br>報 | 被保険者番号         |                                                                                                                   |  | 被保険者氏名     |    |  |
|                            | 住所<br>(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          | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 施設・集合住宅等（※）<br>（※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<br>活<br>援<br>助<br>の<br>内<br>容<br>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<br>及び<br>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ための提出で可）
  - ☐ 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）