

訪問介護(生活援助中心型)の回数が基準回数以上となるケアプランの届出書

届出年月日 年 月 日

小林市長

次のとおり届け出ます。

居宅介護支援事業所名	
介護保険事業所番号	
居宅サービス計画作成者氏名	
電話番号	

被保険者氏名					
被保険者番号					
計画の作成(変更) 年月日	年 月 日				
計画の期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
要介護度 基準回数(参考)	介護1 27 回	介護2 34 回	介護3 43 回	介護4 38 回	介護5 31 回
計画上の回数					
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
基準回数以上の 訪問介護が必要な 理由(具体的に記入 してください)					

※利用者または家族から同意を得たケアプラン(第1～3表及び第6表・7表)の写しを添付してください。

保険者記入欄

課 長	G L	担 当	課 員	受 付 印
備 考				