

**訪問介護（生活援助中心型）の回数が基準を超えるケアプランについての届出書**

ふりがな	被保険者番号									
被保険者氏名										
生年月日	明・大・昭 年 月 日									
認定期間	年 月 日～ 年 月 日									
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5									
回 数	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				
	ケアプラン上の回数									
<b>【基準回数を超える理由】</b>      										
<p align="center">宇佐市長 宛</p> <p>上記のとおり、基準回数を超える訪問介護（生活援助中心型）をケアプランに位置付けることとなりましたので、関係書類を添えて届け出ます。</p> <p align="center">年 月 日</p> <p align="center">居宅介護支援事業所</p> <p align="center">名 称</p> <p align="center">所在地</p> <p align="center">事業所番号</p> <p align="center">電話番号</p> <p align="center">氏 名</p>										
添付書類	<input type="checkbox"/> 訪問介護（生活援助中心型）の回数が基準を超えるケアプランについての届出書 <input type="checkbox"/> 基本情報、アセスメントシート <input type="checkbox"/> 課題整理総括表 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書「第1表」～「第7表」の写し <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書の写し <input type="checkbox"/> 服薬情報 <input type="checkbox"/> 栄養・口腔アセスメント									