**訪問介護（生活援助中心型）基準の回数を超えるケアプランの届出書**

　　年　　月　　日

四国中央市長　様

　　下記のとおり、サービス担当者会議等を通じ、適切なケアマネジメントを行った結果、基準の回数を

超える生活援助中心型サービスの必要があると判断し、居宅サービス計画を作成したので添付書類を

添えて届出ます。

事 業 所 名

事業所所在地

連 絡 先

介護支援専門員等氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |
|  | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | 性　　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 四国中央市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | □　要介護１　　□　要介護２　　□　要介護３　　□　要介護４　　□　要介護５ | | | | | | | | | | | | | |
| 利用開始月 | 年　　　月　から | | 生活援助の月延べ回数 | | | | 回 | | | | | | | |
| 訪問介護の生活援助中心型サービスが基準回数を超える理由（見込める効果など詳しく記入してください） | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類（写し） | | 1.ケアプラン　　2.サービス担当者会議の記録　　3.支援経過記録（該当部分） | | | | | | | | | | | | |