**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） |