

訪問介護の回数が多い利用者等に関する届出書

年 月 日

(宛先) 箕面市長

下記利用者の居宅サービス計画について、以下のとおり届出します。

居宅介護（介護予防）支援事業所名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

↓ (1) (2) 該当する番号に○をしてください

(1) 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置づけるケアプラン

(2) 区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ訪問介護が利用サービスの大部分を占めるケアプラン

被保険者番号	0 0					被保険者氏名	
住所					生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
要介護度・(基準の回数) →プラン上の回数 ※(1)の場合のみ	<input type="checkbox"/> 要介護1 (27回) → (回) <input type="checkbox"/> 要介護2 (34回) → (回) <input type="checkbox"/> 要介護3 (43回) → (回) <input type="checkbox"/> 要介護4 (38回) → (回) <input type="checkbox"/> 要介護5 (31回) → (回)						
訪問介護が必要な理由	<input type="checkbox"/> 移動能力 <input type="checkbox"/> 栄養・食生活 <input type="checkbox"/> 医学的管理 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()						
特記すべき事項							
利用者訪問日	年	月	日	箕面市訪問担当者 ()			

※添付する提出書類：居宅サービス計画書（第1表から第7表）

【箕面市記入欄】

確認日 年 月 日 居宅サービス計画書の是正 有・無	室長	参事	参事	担当者