

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助）

を位置付けるケアプランの届出書

受付印

被 保 険 者	被保険者番号								
	フリガナ								
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日			
		性 別	男	・	女				
	住 所	高石市							
認定区分及び有効期間	要介護状態区分	1	2	3	4	5			
	有効期限	年	月	日	から	年	月	日	
利用開始月	年	月	から	生活援助延べ回数	回／月				
訪問介護（生活援助）が規定回数を超える理由とその内容及び事業所選定理由	訪問介護事業所名称及び所在地								
	1 _____ 2 _____								
添付書類（最新の写し）	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書「第1表・第2表」 <input type="checkbox"/> 週間サービス計画書「第3表」 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録								

高石市長

上記のとおり、規定回数を超える生活援助サービスを位置づけた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いたします。

年 月 日

事業所名

事業所住所及び連絡先 〒

TEL

担当介護支援専門員氏名