

年 月 日

岡山市介護保険課 御中

訪問介護(生活援助中心型)の利用が規定回数以上となるケアプランの届出書

事業所名					
所在地	〒				
連絡先				担当者名	
被保険者番号	0	0	0	フリガナ	年齢
				被保険者氏名	
要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
生活援助中心型の回数／月(該当する介護度の欄に回数を記載)				該当月	年 月から
要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
規定回数	27回	34回	43回	38回	31回
計画上の回数					
訪問介護の生活援助が規定回数以上となる理由 (規定回数以上となった経緯や背景を利用者や家族の状況を踏まえて記載してください)					

提出書類チェック表

チェック欄	書類の名称	注意事項
	アセスメント表(写)	居宅介護サービス計画書(2)と連動する箇所に線を引くこと
	居宅サービス計画書(1) 第1表(写)	利用者へ交付し、署名があるもの
	居宅サービス計画書(2) 第2表(写)	該当する短期目標・サービス内容・サービス種別に線を引くこと
	居宅サービス計画表 第3表(写)	
	サービス担当者会議の要点 第4表(写)	該当する箇所に線を引くこと
	サービス利用票 第6表(写)	
	サービス利用票 第7表(写)	

岡山市受付日