**居宅サービス計画等届出書**

居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付けたため、当該居宅サービス

計画等を添付のうえ届け出ます。

**１ 届出内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 届出年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業所名 |  |
| 被保険者番号 |  |
| 届出者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 添付書類※添付した書類に☑ | 居宅サービス計画（□第１表、□第２表、□第３表、□第４表、□第５表）、□アセスメント表、□基本情報シート |

**２ 生活援助中心である訪問介護計画回数**（※計画回数を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護度 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| 一定回数 | ２７回 | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 計画回数 | 　　回 | 　　回 | 　　回 | 　　回 | 　　回 |

**３ 生活援助中心型の訪問介護を一定回数以上位置付けた理由**

|  |
| --- |
|  |

**４ 届出理由**（※該当の届出理由に☑してください。※軽微な変更の場合は、

届出不要です。）

|  |
| --- |
| 受領印 |
|  |

**□ 新規　　□ 区分変更　　□ 認定更新　　□ 計画内容の見直し**

**□ 前回の提出から１年経過**

**≪保険者記入欄≫**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾁｪｯｸｼｰﾄによる点検 | 多種職によるｹｱﾌﾟﾗﾝ点検 | 結果通知送付日 |
| 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 |