年　　月　　日

**訪問介護における生活援助の回数基準を超える計画の届出書**

（届出者）所在地

事業者名称

　　　　　氏　　　名

　　　　　電話連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者名 |  |
| 生年月日（年齢） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　） |
| 被保険者番号 | ００００ |
| 要介護度※該当するものに〇を付けてください。 | 要介護 １ ２ ３ ４ ５ | 計画上の生活援助の回数 | 月　　　　回 |
| 届出の理由※該当する理由に〇を記入してください。 |  | 新規に居宅サービス計画を作成 |
|  | 要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成 |
|  | 要介護度の変更に伴い、基準回数以上となった |
|  | 居宅サービス計画を変更し、基準回数以上となった |
| 基準となる回数以上の生活援助を位置付ける理由 | ※具体的に記入してください。 |

（区受付印）

※注意事項

・届出するケアプランごとに、この届出書を作成してください。

・届出書と対応するケアプランの写しを合わせて、区へ提出してください。