年　　月　　日

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票

**１．居宅介護支援事業所及び作成者について**

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名称 |  |
| ケアプラン作成者氏名 |  |
| 電話番号 |  |

**２．ケアプランについて**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ００００ | |
| 被保険者氏名 |  | |
| 居宅サービス計画作成（変更）日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 要介護度 | 要介護 | |
| 生活援助中心型の提供（予定）回数 | 回／月 | |
| サービス行為ごとの提供回数  （本ケアプランで生活援助中心型に係る具体的なサービスについて、１月あたりの提供回数を記入してください。） | サービス準備等（健康チェック、環境整備、相談援助、情報収集・提供、サービス提供後の記録等） | 回 |
| 掃除（ゴミ出し、ポータブルトイレの清掃等を含む） | 回 |
| 洗濯 | 回 |
| ベッドメイク・シーツ交換 | 回 |
| 衣類の整理・被服の補修 | 回 |
| 一般的な調理、配下膳 | 回 |
| 買い物・薬の受け取り | 回 |
| 届出履歴 | □初回／□２回目以降（前回提出日：　　　　年　　月　　日） | |

**３．訪問介護（生活援助）が基準回数を超える理由（具体的に記入してください）**

|  |
| --- |
|  |

お問い合わせ先・ご提出先

和泉市生きがい健康部高齢介護室介護保険担当

〒594-8501　和泉市府中町二丁目7番5号　☎0725-99-8131（直通）