　　年　　月　　日

訪問介護（生活援助中心型）の提供回数が多いケアプランに関する届出書

　下記の被保険者に対して提供する（提供した）訪問介護（生活援助中心型）について、「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」（平成30年厚生労働省告示第218号）で規定する回数以上を居宅サービス計画に位置付けたので、豊島区指定居宅介護支援等の事業の人員、運営等の基準に関する条例施行規則第6条第1号の規定に基づき、届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | 性別 | | | |
| 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | 男　・　女 | | | |
| 要介護度 | | | | | 要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス計画を作成した事業者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | | 〒  電話番号　　　　(　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計画作成者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 居宅サービス計画等交付年月日 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援専門員登録番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| 被保険者同意欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 豊島区長宛  　上記の届出に関し、居宅介護支援事業所から豊島区に対して居宅サービス計画、及び、区が必要と認めた記録等（個人情報含む）が提供されることについて同意します。    　年　　月　　日  住所  被保険者 　　電話番号　　　(　　　)  　　　　　 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　この届出書は、被保険者毎に作成し、本人同意を得たうえで居宅サービス計画を作成又は変更した日の翌月まで

に区（高齢者福祉課）へ提出してください。

訪問介護（生活援助中心型）の提供回数が多いケアプランに関する届出書　（裏面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

①過去の届出の有無

　これまでに、訪問介護（生活援助中心型）の提供回数が多いケアプランに関する届出を行ったことがある場合には、届出年月を記入してください。

　　　　　　年　　　　月届出

②要介護度・生活援助中心型の回数（該当する要介護度の欄に計画回数を記入してください）

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

③（②の基準回数以上になった理由を具体的に記入してください）

　必要に応じ介護保険課がケアプラン点検を行うことがあります。