

# 訪問介護(生活援助中心型)の回数が多いケアプランの届出書

潮来市長 様

申請年月日 令和 年 月 日

担当介護 支援専門員		事業所名	
事業所住所	〒 _____ 電話番号 _____		

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名	男女	生年月日 (年齢)	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
被保険者住所	〒 _____ 電話番号 _____		

## ○要介護度・生活援助の回数／月

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
計画上の回数					

## ○基準回数を超えた理由

○家族構成	独居 ・ 2人家族	敷地内に家族居住	あり・ 無し
○キーパーソン	別居 ・ 同居		
○身体状況	拘縮あり ・ 無し	(本人)	
○同居家族がいた場合、同居家族の状況			
○生活援助を基準回数以上に位置付けなければならない理由			

※居宅サービス計画書(第1表～第7表)の写しを添付してください。