（届出日）　　年　　月　　日

玉野市長　あて

**訪問介護（生活援助中心型）が基準回数を超える対象者届出書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所住所 |  |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  | 電話番号 |  |
| 対象者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 認定期間 | 　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 要介護度 | 要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５　　 |  |
| 生活援助の計画上の回数（１月あたり）　　 | 回 | 計画交付月 | 年　　　月  |
| 基準を超えてケアプランに位置づけた理由（補足） | ※ケアプランに記載した理由に、補足等がある場合に記入（本欄に書き切れない場合、「別紙参照」と記載の上、別紙を添付してください。） |
| 添付書類 | **□**　居宅サービス計画書（第１表、第２表、第３表、第４表、第６表、第７表）　※　第１表については、利用者の同意が記載されたものを提出してください。※　理由を記載したケアプランについては、理由の該当箇所にマーカー等で印をつけてください。※　第５表に、生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由を記載している場合、当該ページの提出を併せてお願いします。**□**　アセスメントシート**□**　訪問介護計画書 |

**参考：要介護度別基準回数（１月あたり）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護度 | 要介護１ | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| 回　　数 | ２７ | ３４ | ４３ | ３８ | ３１ |

※　上記の回数には、身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合の回数を含みません。

※玉野市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **処理欄** | 年　　月　 日 決裁 |  　  |  |
| 課 長 | 参 事 | 係 長 | 係 |  |
|  |  |  |  | 個別ケース会議 |
| 年　　月　　日 |