

# 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付けるケアプランに関する届出書

フリガナ				保険者番号	2 5 2 0 1 5					
被保険者氏名				被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)									
住 所	〒 _____ 大津市									
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1		<input type="checkbox"/> 要介護2		<input type="checkbox"/> 要介護3		<input type="checkbox"/> 要介護4		<input type="checkbox"/> 要介護5	
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
ケアプラン作成・変更年月日	年 月 日									
ケアプラン適用開始年月日	年 月 日 から									
1月あたりの訪問回数 (生活援助中心型サービスのみ)	<input type="checkbox"/> 要介護1 /27回	<input type="checkbox"/> 要介護2 /34回	<input type="checkbox"/> 要介護3 /43回	<input type="checkbox"/> 要介護4 /38回	<input type="checkbox"/> 要介護5 /31回					
生活援助中心型 算定の理由 (該当するものに丸をして下さい。)	1 一人暮らし			2 家族等が障害・疾病 ※			3 その他 ※			
	※ 2 または 3 を選択した場合は その詳細をご記入下さい。 [ _____ ]									
生活援助の内容 (該当するものに丸をして下さい。 複数可)	掃除		洗濯		ベッドメイク		衣服の整理・被服の補修			
	一般的な調理, 配下膳				買い物・薬の受け取り					
家族形態	<input type="checkbox"/> 同居家族あり		<input type="checkbox"/> 昼間独居		<input type="checkbox"/> 独居		<input type="checkbox"/> その他( _____ )			
障害老人の日常生活 自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	
認知症高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M		
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画 第1表 ~ 第7表 の写し <input type="checkbox"/> アセスメントシート の写し ※ その他、参考となる資料等があれば、あわせてご提出下さい。									

(あて先) 大津市長

サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントをおこなった結果、  
厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護が特に必要であると判断したので確認を依頼します。

年 月 日

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">保険者記入欄</th> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">受付印</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">確認印</td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"> </td> <td> </td> </tr> </table>	保険者記入欄		受付印	確認印			支援事業所名 _____ 事業所番号 _____ サービス計画作成者名 _____ 連絡先 ( _____ ) _____
保険者記入欄							
受付印	確認印						

### 保険者記入欄

備考	受付
課長      課長補佐      係長                      係                      担当	