

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	オオツ タロウ		保険者番号	2 5 2 0 1 5									
被保険者氏名	大津 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
生年月日	明・大(昭)15年5月5日 (82歳)												
住所	〒520 - 8575 大津市 御陵町3番1号												
要介護度	<input checked="" 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	令和5年2月1日から令和6年1月31日まで												
ケアプラン作成・変更年月日	令和5年1月15日												
ケアプラン適用開始年月日	令和5年2月1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のみ)	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 31 / 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。)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 一人暮らし <input type="checkbox"/> 2 家族等が障害・疾病 ※ <input type="checkbox"/> 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 ベッドメイク 衣服の整理・被服の補修 <input checked="" type="checkbox"/> 一般的な調理, 配下膳 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M												
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画 第1表 ~ 第7表 の写し <input checked="" 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。

令和5年1月16日

保険者記入欄	
受付印	確認印

支援事業所名

居宅介護支援事業所 大津市

事業所番号

2 5 7 0 1 0 1 2 3 4

サービス計画作成者名

介護 花子

連絡先

(077) 528 - 2918

保険者記入欄

備考	受付
課長 課長補佐 係長	係 担当