

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助
中心型サービス）を位置づけた居宅サービス計画届出書

年 月 日

(あて先) 昭 島 市 長

所在地	
事業所名	
事業所電話番号	()
計画作成者氏名	印

下記のとおり、基準回数以上の生活援助サービスの必要があると判断し、居宅サービス計画を作成したので添付書類を添えて届出ます。

フリガナ					
被保険者氏名	被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別
住所	男・女				
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
基準回数	27回	34回	43回	38回	31回
計画上の回数	回	回	回	回	回
生活援助中心型サービスが基準回数以上となる理由	計画作成年月日 年 月 日				
	※この欄に理由が書ききれない場合は、別途、任意様式で理由をご提出ください。 ※居宅サービス計画書の記載内容から、基準回数以上の生活援助が必要な理由が具体的にわかる場合は「居宅サービス計画に記載のとおり」とご記入ください。				
添付書類 (写し)	<input type="checkbox"/> 1 居宅サービス計画書 (1~7表) <input type="checkbox"/> 2 フェイスシート <input type="checkbox"/> 3 アセスメント表 ※1表は利用者の署名があるもの。5表は生活援助の必要性が確認できる部分のみで可。 <input type="checkbox"/> 4 (必要に応じ) 訪問介護事業所から提出を受けた訪問介護計画書 ※具体的な生活援助内容の説明に必要な場合に提出。				