

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	男 ・ 女	
住 所					
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	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 ）	☐ 1 居宅サービス計画書（1～7表） ☐ 2 フェイスシート ☐ 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。 ☐ 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。				