

訪問介護(生活援助中心型)が規定回数を越える利用者のケアプランの届出書

被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日												
被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											要介護度	要介護 1・2・3・4・5		
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日														
被保険者の身体状況等															
介護者(家族等)の状況	氏 名	年齢	本人との続柄	生活の状況(職業・心身の状況・介護の状況等)											
生活援助中心型の月延べ回数	回														
規定回数を超える理由															
添付書類	<input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> アセスメント表 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(第1表～第7表)														
<p>(宛先) 西東京市長</p> <p>上記の理由により、訪問介護(生活援助中心型)の回数が厚生労働大臣の定める規定回数を超えますので、ケアプラン等を添えて提出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>居宅介護支援事業所名称 _____</p> <p style="padding-left: 100px;">所在地 _____</p> <p style="padding-left: 100px;">電話番号 _____</p> <p>介護支援専門員氏名 _____ 印</p>															

【市確認欄】 記入しないでください。

状況確認日	確認結果	要検証の理由					収 受 印
年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 要検証						
		課 長	主 幹	係 長	係	受 付	