

南大隅町役場介護福祉課長 殿

訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書

※この届出書を表紙とし、被保険者毎に提出書類をまとめて提出してください。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
生 年 月 日	
介 護 度	
認 定 期 間	

居宅介護支援事業所名	
事業所番号	
担当者名	
住 所	〒
電 話 番 号	

- 1 訪問介護（生活援助中心型）の回数／月（該当する要介護度の欄に、回数をご記入ください。）

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					

- 2 届出の理由（該当する理由に○をご記入ください。）

該 当	理 由
	新規に居宅サービス計画を作成した。
	要介護更新認定後、初回の居宅サービス計画を作成した。
	要介護度の変更に伴い、訪問回数が基準回数以上となった。
	居宅サービス計画を変更し、訪問回数が基準回数以上となった。

- 3 理由（基準回数以上となった理由を具体的に記入してください。）

--