

(宛先)八千代市長

年 月 日

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

事業所名	
事業所所在地	
事業所電話番号	
介護支援専門員氏名	

被保険者番号	0	0	0	0									
被保険者氏名													
被保険者生年月日	明・大・昭		年		月		日						
被保険者住所													
要介護度													
認定有効期間	年		月		日		～	年		月		日	

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(1月あたり)	27回	34回	43回	38回	31回
計画上の回数					

自己チェック
居宅サービス計画に位置付けた理由と期待される効果 (居宅サービス計画に記入がある場合は不要です。)

【添付書類】

添付	添付書類
	居宅サービス計画書 【第1表】～【第5表】
	アセスメント記録 【基本情報】【各種評価】【課題分析】等
	サービス利用表及びその別表

届出期限：作成・変更し利用者の同意を得てケアプランを交付した日から翌月末まで