居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合の届出書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |
| 氏　　名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 | 〒電話番号 |
| 要介護度 | □要介護１　　　□要介護２　　　□要介護３　　　□要介護４　　　□要介護５ |
| 認定有効期間 | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 生活援助中心型の回数（届出月） | 回 | 訪問介護事業所 |  |
| 居宅サービス計画作成日 | 年　　　　月　　　　日 | サービスの継続性 | 継続的　・　限定的（概ね　　　ヶ月） |
| 添付書類※下線の書類は作成されている場合のみ | □利用者基本情報・アセスメントシート□課題整理総括表　□居宅サービス計画書（第1～3表）□サービス担当者会議の要点（第4表）□サービス利用票・別表（第6・7表）□訪問介護事業所の個別サービス計画書（写し） |
|  | 変更時追加 | □モニタリング記録または支援経過記録（第5表）　□評価表 |
| 郡上市長　宛上記被保険者の居宅サービス計画に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）を位置付けるため、別紙のとおり必要書類を添えて届け出ます。年　　　　　月　　　　日（居宅介護支援事業所）名　称　所在地　電話番号　介護支援専門員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　 |

※本届出書は該当する居宅サービス計画を作成又は変更した月の翌月末までに提出してください

市使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| サービス調整会議開催日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 課題解決型ケア会議の開催の判断 | 要　　　　　・　　　　　不要 |
| （理由） |