

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助）

を位置付けるケアプランの届出書

受付印

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名										
	住 所	高石市									
認定区分及び有効期間	要介護状態区分 1 2 3 4 5 有効期限 年 月 日 から 年 月 日										
利用開始月	年 月 から					生活援助延べ回数 回／月					
訪問介護（生活援助）が規定回数を超える理由とその内容及び事業所選定理由	訪問介護事業所名称及び所在地 1 _____ 2 _____										
添付書類（最新の写し）	☐ 居宅サービス計画書「第1表・第2表」 ☐ 週間サービス計画書「第3表」 ☐ サービス担当者会議の記録										

高石市長

上記のとおり、規定回数を超える生活援助サービスを位置づけた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いたします。

年 月 日

事業所名

事業所住所及び連絡先 〒

TEL

担当介護支援専門員氏名