一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）利用に関する届出書

年　　　月　　　日

東庄町長　　　　　宛て

事業所所在地・名称　　　　　　　　　　　　　　印

担当介護支援専門員氏名

連絡先

下記の通り、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護が必要であると判断し、居宅サービス計画書を作成したため、添付資料を添えて届出いたします。

被保険者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏名 |  | | 被保険者番号 | |  |
|  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | 要介護  状態区分 | | 要介護 |
| 住所 | 〒　　　　― | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 居宅サービス  計画書作成日 | 年　　月　　日 | サービス  利用開始日 | | 年　　月　　日 | |
| 生活援助  利用回数 | 回／月 | | | | |
| 一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける理由 | | | | | |
|  | | | | | |
| 添付書類（用紙のサイズはA４）  □居宅サービス計画書（第１表～第７表の写し）※利用者へ交付し、署名のあるもの  □課題分析表（アセスメント表）の写し  □訪問介護計画書の写し | | | | | |

届出書提出に関する留意事項

平成３０年１０月１日より、訪問介護における生活援助中心型サービスにおいて、通常の利用状況からかけ離れた利用回数となっているケアプランについて、市町村への届出を義務付け、そのケアプランについて、追加での検討が必要と判断した場合、市町村が地域ケア会議の開催等により検証を行うこととなっています。

　このことについて、下記内容について被保険者よりご同意いただき、「一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）利用に関する届出書」を東庄町健康福祉課介護保険係に提出をお願いします。

同　意　書

私に関する以下の情報を、東庄町が開催する地域ケア会議で使用することに同意します。

　・介護保険サービスの利用についてケアマネジャーが作成した計画書等

　・利用事業所の個別援助計画書

　　　　　　年　　月　　日　　被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　代筆署名者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　）

会議で得た情報は外部に漏らさないよう、参加者には守秘義務が課されています。

会議資料は、当日のみ使用し、会議終了後回収します。

東庄町　健康福祉課介護保険係

TEL０４７８－７９－０９１２