

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

年 月 日

函南町 様

下記のとおり、生活援助中心型の訪問介護サービスを居宅サービス計画に位置付けたいため、関係書類を添えて届け出ます。

事業所番号			
事業所名			
担当介護支援専門員名			
連絡先			
被保険者番号	生年月日	T・S	年 月 日
フリガナ	年齢・性別	() 歳 ・ 男 / 女	
被保険者氏名	要介護度	要介護 1・2・3・4・5	
住 所	※1) 届出ケアプランの訪問回数		月 () 回
施設等入居の有無	有 ・ 無	入居先施設名 (有の場合)	
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
訪問介護事業所名 (利用予定事業所記入)			
<届出の理由>			
1 利用者が認知症である。(下記該当欄に○)			
(1) 認知症高齢者の日常生活自立度 (主治医) I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV			
(2) 認知症高齢者の日常生活自立度 (認定調査員) I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV			
(3) 成年後見人・保佐人 (有 ・ 無)			
(4) 具体的な状態 (訪問介護利用の根拠として特記すべき認知症状があれば記入する)			
[]			
2 同居家族が高齢・疾病、要介護状態等により、十分な介護ができない。(下記該当の口に✓)			
主介護者が、 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 障害 (手帳 有・無 : 身体・精神・知的)			
<input type="checkbox"/> 要介護認定 (有 ・ 無)			
<input type="checkbox"/> 同居家族で当該被保険者以外にも要介護状態の家族がいる。			
3 独居等 <input type="checkbox"/> 日中独居 (時 ~ 時まで不在) <input type="checkbox"/> 独居			
<input type="checkbox"/> 家族が他県在住 <input type="checkbox"/> 県内他町在住			
4 その他 (訪問介護利用の根拠として特記すべき上記1~3以外の状況があれば記入する)			
[]			
※2) 町への提出資料 (下記資料が必要です。町に提出する前に口に✓の上、ご確認ください。)			
<input type="checkbox"/> 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ための届出書			
<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画1表、2表、3表、4表、6表、7表の写し			
<input type="checkbox"/> 訪問介護計画書の写し			

※1) 裏面を参照してください。※2) 書類確認の際、追加資料を求める場合があります。

留意事項

1 提出時期について

当該月において作成又は変更した居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）のうち、一定回数以上の生活援助中心の訪問介護を位置づけたものについて、翌月の末日までに町に届け出てをお願いします。

（例）10月に作成した（変更した）ケアプランの場合、11月末までに届出をすることになります。

* 当該月において作成又は変更したケアプランとは、当該月において利用者の同意を得て交付をしたケアプランのことです。

2 地域ケア会議等において、ケアプランの検証をした結果については、提出元の指定居宅介護支援事業所宛てに通知します。検証の結果、ケアプランの是正が必要とされた場合は、修正の上、再度ケアプランの提出をお願いします。

記

厚生労働大臣が定める回数

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
回数	27	34	43	38	31

生活援助（指定居宅サービスに要する費用の額に算定に関する基準 別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護費の注3に規定する生活援助をいう）が中心である指定訪問介護。

（平成30年5月2日 厚生労働省告示第218号）

函南町 福祉課
電話 055-979-8126
FAX 055-979-8143