**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）が必要である場合の届出書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被保険者  番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者  氏名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　生 | | | 性別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要介護１　　要介護２　　要介護３　　要介護４　　要介護５ | | | | | | | | | | | | | |
| 自立支援に  ついて | 介護支援専門員として、自立支援についてどのように考えケアプランを作成していますか。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問介護事業所の選定理由 | 他の事業所の紹介はされましたか。 | 紹介した　　　 　紹介していない | | | | | | | | | | | | |
| 当該利用者はなぜその事業所を選択されましたか。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| インフォーマルサポートの  活用について | 活用を検討されましたか。 | | 検討した　　　 　検討していない | | | | | | | | | | | |
| 活用されている場合は、その内容を記載してください。（していない場合は、その理由を記載） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 厚生労働大臣が定める回数を超える理由 | 生活援助の回数 | | | 回／月 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 利用者情報シート　（フェイスシート）　　　　　　　　アセスメント総括表  　居宅サービス計画書（第１・２・３・４・６・７表）　　訪問介護計画書 | | | | | | | | | | | | | |
| （提出先）　猪名川町長  　上記のとおり、サービス担当者会議等を通じ、介護支援専門員として適切なケアマネジメントを行った結果、厚生労働大臣が定める回数を超える訪問介護（生活援助中心型）が必要であると判断し、居宅サービス計画を作成いたしましたので、添付書類を添えて届出いたします。  　　　　年　　　月　　　日  事業所：  事業所住所：  担当介護支援専門員氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | |