**ケアプラン届出書**

**（訪問介護（生活援助中心型）の回数の多いケアプラン）**

　令和　　　　年　　　月　　　日

四日市市長

居宅介護支援事業所名

事業所所在地

事業所電話番号

介護支援専門員氏名

　訪問介護における生活援助中心型サービスが厚生労働大臣が定める回数以上となるため届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  |
| 生年月日 | 明・大・昭  年　　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男　・　女 | 要介護度 |  | | | | 計画回数 | | | | 回 | | | |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日　　　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護が必要な理由 | | | | | | | | | | | | | | |
| 見込める効果 | | | | | | | | | | | | | | |

【 添付書類 】（※用紙サイズはＡ４に統一してください）

生活チェックシートの写し

居宅サービス計画書「第1表」～「第４表」の写し

訪問介護計画書の写し

その他市長が特に必要と認めるもの