年　　月　　日

豊能町長　様

居宅介護支援事業所名

事業所所在地

電話番号

介護支援専門員氏名　　　　　　　　　　　　㊞

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助）を位置づける

居宅サービス計画の届出書

居宅サービス計画について

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | |  | | | | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | |
| 居宅サービス計画  有効期間 | | | 年　　月　　日　～　　　　　　　年　　月　　日 | | | | |
|  | 要介護度・生活援助中心型の回数／月（要介護度の欄に回数を記入してください） | | | | | | |
|  | 要介護度 | 要介護１ | | 要介護２ | 要介護３ | 要介護４ | 要介護５ |
| (基準回数) | ２７回 | | ３４回 | ４３回 | ３８回 | ３１回 |
| 計画上の  回 数 |  | |  |  |  |  |
| 居宅サービス計画において、利用が多いサービス内容  （右の項目から選びチェックを付けてください） | | | □掃除（ゴミ出しを含む）  □洗濯  □一般的な調理、配下膳  □買い物  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 位置づけた生活援助が必要となった経緯（必要性）及び生活援助を提供することにより見込める効果  ※書き切れない場合は別紙可 | | |  | | | | |

添付書類：居宅サービス計画書（第１表～第７表）、アセスメントシートの写し