支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画届出書

　　　　　　　　　　　　　（居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証）

　　　年　　　月　　　日

居宅介護支援事業所名

　　　　　　住　　所

　　　　　担当者名

電話番号

対象被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 性別 | 男・女 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護区分 | 要支援１ ・ 要支援２ ・ 要介護１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ | | | | | | | | | | | 年齢 | 歳 |
| 被保険者住所 | 筑西市 | | | | | | | | | | | | |

提出書類一覧表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック | 提出書類 | 注意事項 |
|  | 支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画届出書 | この届出書です |
|  | アセスメント表 | 課題分析標準23項目の内容が分かるもの |
|  | 居宅サービス計画書「第１表」 | 利用者から同意の署名を得ているもの |
|  | 居宅サービス計画書「第２表」 |  |
|  | 週間サービス計画表「第３表」 |  |
|  | サービス担当者会議の要点「第４表」 |  |
|  | サービス利用票「第６表」 |  |
|  | サービス利用票別表「第７表」 |  |
|  | 訪問介護計画書 | 訪問介護事業所から提供を受けたもの |

状況説明（生活援助が必要な状況を説明してください）

|  |
| --- |
|  |