（届出日）令和　　年　　月　　日

尼崎市長 様

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプランの届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 事業所名 |  |
| 住 所 |  | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | | | 管理者名 |  |

次の、訪問介護サービスの利用が一定割合（※）を超える被保険者について、別添のとおりケアプラン等を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | 要介護度 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 要介護 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 要介護 |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 要介護 |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 要介護 |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 要介護 |

※

|  |  |
| --- | --- |
| 一定割合 | 居宅介護支援事業所ごとに見て、区分支給限度基準額の利用割合が7割以上、かつ、その利用サービスの6割以上が訪問介護サービスに該当するもの |

　別添

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプランの届出書（個人票）

（被保険者ごとに作成してください。）

【№　　】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | 要介護度 | 介護支援専門員氏名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

１　対象年月に利用中のサービス

（１）介護保険サービス

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種類 | サービス事業所名 | 単位数 |
| □ 訪問介護 |  | 単位 |
| □ 訪問看護 |  | 単位 |
| □ 通所介護 |  | 単位 |
| □ 福祉用具貸与 |  | 単位 |
| □ その他（　　　 　） |  | 単位 |
| 単位数合計　　　　　　　　　　　　単位 | | |

（２）居住する住宅から提供される介護保険外サービス※高齢者向け住宅等に入居の場合記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 住宅名 |  |
| □状況把握　□生活相談　□夜間巡回　□入浴　□排せつ　□更衣　□食事等の介護　□配薬　□服薬  □食事の提供　□洗濯　□掃除　□買い物　□健康管理　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |

（３）インフォーマルサービス・その他の介護保険外サービス

|  |
| --- |
|  |

２　訪問介護が一定割合を越えて必要な理由

|  |
| --- |
|  |
|  |

３　サービスについての今後の見通し

|  |
| --- |
|  |
|  |

＜添付書類＞（被保険者ごとに、次の添付書類の「写し」を添えて届出してください。）

|  |
| --- |
| □ フェイスシート・アセスメントシート一式（家族構成や住環境、ADL、IADLを含む） |
| □ 居宅サービス計画書（「第1表」、「第2表」、「第3表」、「第6表」、「第7表」） |
| □ サービス担当者会議の記録 |
| □ 訪問介護計画書 |