支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画　届出書

|  |  |
| --- | --- |
| （宛先）玉村町健康福祉課　介護保険係 | 年　　　　月　　　　日　　　 |
| 届出者氏名 |  | 届出事業所番号 |  |
| 届出事業所名 |  | （連絡先）　　　　－　　　　 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護度 |  | 計画作成日 | 　　　　　　年　　月　　日 |

上記の利用者への居宅サービス計画について，別添のとおり当該居宅介護サービス計画を添えて届け出ます。

**※以下，提出前に必要書類のチェックをお願いします。**

○　添付書類チェック欄（居宅サービス計画等）

　□　アセスメントツール等によるアセスメント結果がわかる記録

　□　第１表　居宅サービス計画書(1)

　□　第２表　居宅サービス計画書(2)

　□　第３表　週間サービス計画表

　□　第４表　サービス担当者会議の要点

　□　サービス担当者に対する照会内容及びそれに代わるFAX等による照会回答記録（※）

　□　居宅介護支援計画連絡票（主治医への照会内容及びそれに代わるFAX等による照会回答記録）（※）

　□　第５表　居宅介護支援経過（モニタリング記録を含む。）（過去1年分）

　□　第６表　サービス利用票（直近から過去3カ月分の実績を記入したもの）

　□　第７表　サービス利用票別表（直近から過去3カ月分の実績を記入したもの）

　□　課題整理総括表

　□　訪問介護計画書（※）

　　　（※は，ある場合のみ提出してください）

（裏面のケース概要も御記載ください。）

ケース概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年齢 | 歳 | 性別 | 男　・　女 |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者（寝たきり） | 自立・Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２ |
| 認知症高齢者 | 自立・ Ⅰ ・Ⅱa ・Ⅱb ・Ⅲa ・Ⅲb ・ Ⅳ ・Ｍ |
| 家族関係 | □独居 | □親族なし　□親族あり |
| □同居家族あり | ＜本人との関係＞□配偶者　　□子　　□孫　　□その他（　　　　　　　　　　）＜同居家族について＞年齢（　　　　歳）要介護認定　□なし　□あり　事業対象者・要支援（ 　 ）・要介護（ 　 ）障害　　　　□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　）就労　　　　□なし　□ありその他状況 |
| 住宅環境 | □一戸建て□集合住宅 | ＜集合住宅の場合＞□公営住宅　　　　　　　　　□マンション・アパート□サービス付き高齢者住宅　　□養護老人ホーム□有料老人ホームエレベーターの有無　　　　　□あり　　□なし |
| 手帳の有無 | □有□無 | ＜有の場合＞□身体障害者手帳　　□精神障害者保健福祉手帳□療育手帳 |
| 認知症（診断）の有無 | □有□無 | ＜有の場合＞診断時期（　　　　年　　　月）症状 |
| 疾患 |  |
| 経済状況 | □国民年金　　　　　　□厚生年金　　　　　　　　　□障害年金□生活保護　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生活援助で実施しているサービス内容 | □掃除　　　　　　　　□ベッドメイク　　　　　　　□一般的な調理・配下膳□洗濯　　　　　　　　□衣類の整理・被服の補修　　□買い物・薬の受け取り□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の利用サービス | □生活援助以外の介護保険サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□障害福祉サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□医療保険サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□民間サービス　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（裏面）