別紙

区分支給限度基準額の利用割合及び訪問介護の利用割合が

基準に定める割合に該当するケアプランの届出書（兼理由書）

年　　月　　日

江東区長　殿

事業所名

所在地

電話番号

管理者氏名

江東区指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準に関する条例第１６条第２１号の規定に基づき届け出ます。

個々のケアプランについては、別添様式に記載します。

別添様式

担当介護支援専門員氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №１ | | | | |
| 被　保　険者 | 番　号 |  | | |
| 住　所 |  | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 |
| 氏　名 |  | | 年　　月　　日 |
| 要介護度 | １・２・３・４・５ | | |
| 割合  （通知から転記） | 区分支給限度基準額 | 割 | |
| 訪　問　介　護 | 割 | |
| 計画期間  （短期目標） | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | |
| ケアプランに位置付けた理由  (ケアプランに記載した理由に補記することがあれば記載してください。) | | | | |
| 代替手段の検討の有無 | | | | |
| 管理者意見 | | | | |

別添様式

担当介護支援専門員氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №２ | | | | |
| 被　保　険者 | 番　号 |  | | |
| 住　所 |  | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 |
| 氏　名 |  | | 年　　月　　日 |
| 要介護度 | １・２・３・４・５ | | |
| 割合  （通知から転記） | 区分支給限度基準額 | 割 | |
| 訪　問　介　護 | 割 | |
| 計画期間  （短期目標） | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | |
| ケアプランに位置付けた理由  (ケアプランに記載した理由に補記することがあれば記載してください。) | | | | |
| 代替手段の検討の有無 | | | | |
| 管理者意見 | | | | |

別添様式

担当介護支援専門員氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №３ | | | | |
| 被　保　険者 | 番　号 |  | | |
| 住　所 |  | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 |
| 氏　名 |  | | 年　　月　　日 |
| 要介護度 | １・２・３・４・５ | | |
| 割合  （通知から転記） | 区分支給限度基準額 | 割 | |
| 訪　問　介　護 | 割 | |
| 計画期間  （短期目標） | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | |
| ケアプランに位置付けた理由  (ケアプランに記載した理由に補記することがあれば記載してください。) | | | | |
| 代替手段の検討の有無 | | | | |
| 管理者意見 | | | | |

別添様式

担当介護支援専門員氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №４ | | | | |
| 被　保　険者 | 番　号 |  | | |
| 住　所 |  | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 |
| 氏　名 |  | | 年　　月　　日 |
| 要介護度 | １・２・３・４・５ | | |
| 割合  （通知から転記） | 区分支給限度基準額 | 割 | |
| 訪　問　介　護 | 割 | |
| 計画期間  （短期目標） | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | |
| ケアプランに位置付けた理由  (ケアプランに記載した理由に補記することがあれば記載してください。) | | | | |
| 代替手段の検討の有無 | | | | |
| 管理者意見 | | | | |

別添様式

担当介護支援専門員氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №５ | | | | |
| 被　保　険者 | 番　号 |  | | |
| 住　所 |  | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 |
| 氏　名 |  | | 年　　月　　日 |
| 要介護度 | １・２・３・４・５ | | |
| 割合  （通知から転記） | 区分支給限度基準額 | 割 | |
| 訪　問　介　護 | 割 | |
| 計画期間  （短期目標） | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | |
| ケアプランに位置付けた理由  (ケアプランに記載した理由に補記することがあれば記載してください。) | | | | |
| 代替手段の検討の有無 | | | | |
| 管理者意見 | | | | |