

支給限度額一定割合超に係る居宅サービス計画 届出書 【記入例】

(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・ J 1 ・ J 2 ・ A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2 ・ C 1 ・ C 2	
	認知症高齢者	自立・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
家族関係	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 親族なし <input type="checkbox"/> 親族あり	
	<input checked="" type="checkbox"/> 同居家族あり	<本人との関係> <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他（ ） <同居家族について> 年齢（ 70 歳） 要介護認定 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 事業対象者・要支援（ 2 ）・要介護（ ） 障害 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 就労 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他状況 （ ）	
住宅環境	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅	<集合住宅の場合> <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム エレベーターの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<有の場合> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳	
認知症（診断）の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<有の場合> 診断時期（ 年 月） 症状（ ）	
疾患			
経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 生活保護	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 障害年金
生活援助で実施しているサービス内容	<input type="checkbox"/> 掃除 <input checked="" type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> ベッドメイク <input checked="" type="checkbox"/> 衣類の整理・被服の補修	<input checked="" type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受け取り
その他の利用サービス	<input type="checkbox"/> 生活援助以外の介護保険サービス（ ） <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス（ ） <input type="checkbox"/> 医療保険サービス（ ） <input type="checkbox"/> 民間サービス（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		