

記入例

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
☐ 高齢者向け住まい等対策のケアプラン点検

(宛先) 京都市長		令和 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	令和 年 月 日

1プランにつき1枚、
全て記載し提出して
ください。

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）

	書類名
☐	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 サービス担当学会議の要点
☐	サービス担当者に対する照会内容（FAX等による照会回答記録も可）（※）
☐	居宅介護支援計画連絡票（主治医へのFAX等による照会回答記録も可）（※）
☐	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か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か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、記録が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							
住居施設	☐ 一戸建て ☐ マンション・アパート ☒ 施設等								
施設等の場合	施設名 (きょうとホーム)								
	☒ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他 ()								
	トイレ	専用・共有	食堂	ありなし					
家族状況	☒ 親族あり ☐ 親族なし ☐ 配偶者 ☒ 子 ☐ 孫 ☐ その他 ()								
	<家族の状況> 子供は市内に居住し1～2か月に1度施設へ訪問有り								
手帳の有無	☐ あり ☒ なし <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								
疾患(治療内容)	アルツハイマー型認知症、腰部脊柱管狭窄症、高血圧(服薬治療中) 胃がん(平成27年に診断手術済。現在経過観察中)								
身体状況	身長	153	cm	体重					
				41					
				kg					
				BMI					
				17.5					
経済状況	☒ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()								
訪問介護の状況	身体介護	時間	10:00 ~ 10:29	回数	3	回	月	週	日
		支援内容	例) 入浴、買物同行						
	生活援助	時間	: ~ :	回数	回	月	週	日	
		支援内容							
	身体介護生活援助	時間	: ~ :	回数	回	月	週	日	
		支援内容							
その他のサービス	☒ 通所介護 ☐ 通所リハ ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハ ☒ 福祉用具貸与								
	☐ その他介護サービス ()								
	☐ 障害福祉サービス ()								
	☒ 医療保険サービス (訪問歯科)								
	☒ 民間サービス (訪問理美容)								
☒ 施設提供サービス (食事提供、レクリエーション、安否確認)									
☐ その他 ()									
訪問介護の支援がこの回数必要と判断した理由、他サービスの検討・調整の有無を記入ください。									

プランの内容に応じて記入してください。