**居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証に係る届出書**

　　　年　　月　　日

匝瑳市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事　業　所　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護支援専門員等氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連　　絡　　先

下記被保険者について、ケアプラン検証のため、添付書類を添えて届出ます。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 保険者番号 |  | １ | ２ | ２ | ３ | ５ | ８ |
| 被保険者氏　　名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 匝瑳市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 要介護度 | □要介護１　　□要介護２　　□要介護３　　□要介護４　　□要介護５ |
| 認定期間 | 　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 厚生大臣が定める基準 | * 区分支給限度額の利用割合が７割以上である
* その利用サービスの６割以上が「訪問介護サービス」である
 |
| 厚生労働大臣が定める基準以上の訪問介護が必要な理由 |  |
| 見込める効　　果 |  |
| 添付書類（写し） | □ケアプラン　　□サービス担当者会議の記録　　□支援経過記録（該当部分） |