**区分支給限度基準額及び訪問介護の利用割合が高いケアプランの届出書**

　　年　　月　　日

加西市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| E-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者番号 |  |

①　提出書類チェック表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 書類の名称 | 注意事項 |
|  | 居宅サービス計画書(1)「第１表」 | 利用者へ交付し、署名があるもの |
|  | 居宅サービス計画書(2)「第２表」 |  |
|  | 週間サービス計画表「第３表」 |  |
|  | その他（　　　　　　　　　　　） |  |

②　理由書（①の居宅サービス計画書等の記載内容から理由が明らかな場合は、記入不要です）

|  |
| --- |
|  |