(様式１)

**居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等に係る届出書**

男鹿市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護（介護予防）支援事業所名 |  |
| 電話番号 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 担当者氏名（居宅介護支援専門員） |  |

|  |
| --- |
| **①　被保険者** |
| ふりがな　　　　 |  | 被保険者番号 |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 明　大　昭　　　年　 月 　日（ 　　歳） |
| 要介護度 |  | 認定期間 | 　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 計画作成日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度　　（自立・I ・Ⅱa・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ） |
| **②　添付書類\_居宅サービス計画　　　　※提出前に必要書類の確認（☑）をお願いします。** |
| □利用者基本情報□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□第５表　居宅介護支援経過（モニタリング記録含む　直近1年の記録）□第６表　サービス利用票　（直近3ヶ月の実績）□第７表　サービス利用票別表（直近3ヶ月の実績）□その他保険者から求めがあった書類 |

（問い合わせ先）男鹿市役所　介護サービス課　介護班　℡0185－24－9119

|  |
| --- |
| 市記入欄 |
| 添付書類の確認　□利用者基本情報　□第1表　□第2表　□第3表　□第4表　□第5表　□第6表　□第7表　□その他 | 市受付印 |
|  |
| 課　長 | 主　幹 | 班　員 | 担　当 | 決裁月日 |
|  |  |  |  |  |