

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託報告書

(あて先)高齢者あんしんセンター_____

下記被保険者の介護予防サービス計画作成業務・介護予防ケアマネジメント業務を受託します。

被保険者氏名	被保険者番号																		
フリガナ	生年月日										性別								
	年 月 日生										男・女								
介護者氏名 (本人との関係:)	連絡先(日中連絡のつくもの)																		
事業所名 (番号)	担当介護支援専門員名 (登録番号)																		
事業所所在地																			
電話番号										FAX番号									

【同意欄】 私は、介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメント業務に必要な書類を高齢者あんしんセンター及び上記の居宅介護支援事業所等に提供することに同意します。

年 月 日

利用者氏名 _____

住所 高崎市 _____

電話番号 _____

(代理人氏名 続柄)

【高齢者あんしんセンター記入欄】

提出日	年 月 日	認定日	年 月 日	利用開始日	年 月 日	
要支援1・2 (年 月 日～ 年 月末)・事業対象						
予	予A	事A	〈資料提供〉 <input type="checkbox"/> 認定情報 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> アセスメントシート			受取者
			アセスメントシート2015(FAX不可)	年 月 日	受付者	
			計画書(案)合議提出日(コピー提出)	年 月 日	受付者	
			サービス担当者会議日 年 月 日 時～ 場所:	出席者:		
			サービス担当者会議録の写し提出日	年 月 日	受付者	
			計画書提出日(原本提出)	年 月 日	受付者	
			利用票・別表提出日	年 月 日	受付者	
			評価提出日(中間)(予定: 年 月)	年 月 日	受付者	
			評価提出日(期間終了)	年 月 日	受付者	
			軽度者福祉用具貸与に係る関係書類写し提出日	年 月 日	受付者	
			住宅改修に係る関係書類写し提出日	年 月 日	受付者	
終了	<input type="checkbox"/> 認定情報 <input type="checkbox"/> 主治医意見書					
<input type="checkbox"/> 主治医に担当ケアマネとして挨拶に行っている			<input type="checkbox"/> 主治医にケアプランを提供している			
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 本人契約 <input type="checkbox"/> 居宅契約 <input type="checkbox"/> 入力					備考:	

【高齢者あんしんセンター記入欄】

提出日	年 月 日	認定日	年 月 日	利用開始日	年 月 日
要支援1・2 (年 月 日～ 年 月末) ・ 事業対象					
予	予 A	事 A	〈資料提供〉 <input type="checkbox"/> 認定情報 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> アセスメントシート		受取者
			アセスメントシート2015(FAX 不可)	年 月 日	受付者
			計画書(案)合議提出日(コピー提出)	年 月 日	受付者
			サービス担当者会議日 年 月 日 時～ 場所:	出席者:	
			サービス担当者会議録の写し提出日	年 月 日	受付者
			計画書提出日(原本提出)	年 月 日	受付者
			利用票・別表提出日	年 月 日	受付者
			評価提出日(中間)(予定: 年 月)	年 月 日	受付者
			評価提出日(期間終了)	年 月 日	受付者
			軽度者福祉用具貸与に係る関係書類写し提出日	年 月 日	受付者
			住宅改修に係る関係書類写し提出日	年 月 日	受付者
終了	<input type="checkbox"/> 認定情報 <input type="checkbox"/> 主治医意見書				
<input type="checkbox"/> 主治医に担当ケアマネとして挨拶に行っている			<input type="checkbox"/> 主治医にケアプランを提供している		
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 本人契約 <input type="checkbox"/> 居宅契約 <input type="checkbox"/> 入力				備考:	

【高齢者あんしんセンター記入欄】

提出日	年 月 日	認定日	年 月 日	利用開始日	年 月 日
要支援1・2 (年 月 日～ 年 月末) ・ 事業対象					
予	予 A	事 A	〈資料提供〉 <input type="checkbox"/> 認定情報 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> アセスメントシート		受取者
			アセスメントシート2015(FAX 不可)	年 月 日	受付者
			計画書(案)合議提出日(コピー提出)	年 月 日	受付者
			サービス担当者会議日 年 月 日 時～ 場所:	出席者:	
			サービス担当者会議録の写し提出日	年 月 日	受付者
			計画書提出日(原本提出)	年 月 日	受付者
			利用票・別表提出日	年 月 日	受付者
			評価提出日(中間)(予定: 年 月)	年 月 日	受付者
			評価提出日(期間終了)	年 月 日	受付者
			軽度者福祉用具貸与に係る関係書類写し提出日	年 月 日	受付者
			住宅改修に係る関係書類写し提出日	年 月 日	受付者
終了	<input type="checkbox"/> 認定情報 <input type="checkbox"/> 主治医意見書				
<input type="checkbox"/> 主治医に担当ケアマネとして挨拶に行っている			<input type="checkbox"/> 主治医にケアプランを提供している		
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 本人契約 <input type="checkbox"/> 居宅契約 <input type="checkbox"/> 入力				備考:	