年　　　月　　　日

栃木市長　宛

事業所名称

所在地

電話番号

管理者氏名

ケアプランの再検討結果について（報告）

　　　　　年　　月　　日付栃高第　　　　号で通知のあった件について、次のとおり報告いたします。

**○再検討結果**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 被保険者番号 |  | 居宅サービス計画の変更 | 有　　　　　無 | |
| 被保険者氏名 |  |
| 再検討結果 | | | | |
| ２ | 被保険者番号 |  | 居宅サービス計画の変更 | | 有　　　　　無 |
| 被保険者氏名 |  |
| 再検討結果 | | | | |

**○類似ケアプランの再検討結果**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 被保険者番号 |  | 居宅サービス計画の変更 | 有　　　　　無 | |
| 被保険者氏名 |  |
| 再検討結果 | | | | |
| ２ | 被保険者番号 |  | 居宅サービス計画の変更 | | 有　　　　　無 |
| 被保険者氏名 |  |
| 再検討結果 | | | | |

添付書類

　◎居宅サービス計画の変更有

　　　・変更後の居宅サービス計画書（第１表～第７表）

　◎居宅サービス計画の変更無

　　　・再検討の内容が確認できる書類（サービス担当者会議の要点「第４表」、居宅介護支援経過「第５表」等）