**居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプランの届出書（兼理由書）**

栃木市長　宛

年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **①　居宅介護支援事業所** | | | | | | | | |
| 介護保険事業所番号 | | |  | | 管理者氏名 | |  | |
| 事業所名称 | | |  | | 担当者氏名 | |  | |
| 所在地・連絡先 | | | 〒  栃木市  電話番号： | | | | | |
| **②　被保険者** | | | | | | | | |
| フリガナ  氏　　　名 | |  | | | | 被保険者番号 | |  |
|  | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日（　　歳） |
| 要介護度 | | 要介護（　　　　　　　　） | | | | 認定期間 | | 年　　月　　日～  年　　月　　日 |
| 計画作成（変更）年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | 計画期間  （短期目標） | | 年　　月　　日～  年　　月　　日 |
| 訪問介護が必要な理由（基準を超える理由を具体的に記入） | |  | | | | | | |
| 管理者意見（プラン作成者が管理者の場合は事業所内での検討内容） | |  | | | | | | |
| **③　提出書類チェック　（すべて写しを提出）** | | | | | | | | |
| チェック欄 | 提出書類 | | | 備　　　　　考 | | | | |
|  | 利用者基本情報（フェイスシート） | | |  | | | | |
|  | アセスメントシート | | |  | | | | |
|  | 第１表：居宅サービス計画書（１） | | | 利用者へ交付し署名があるもの | | | | |
|  | 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 | | | 訪問介護が必要な理由の記載がある箇所、モニタリング記録 | | | | |
|  | 第６表：サービス利用票 | | |  | | | | |
|  | 第７表：サービス利用票別表 | | |  | | | | |
|  | 訪問介護計画書 | | | 訪問介護事業所から提供を受けたもの | | | | |