

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証に係る届出書

年 月 日

匝 瑛 市 長 あて

事 業 所 名
 事 業 所 所 在 地
 介 護 支 援 専 門 員 等 氏 名
 連 絡 先

下記被保険者について、ケアプラン検証のため、添付書類を添えて届出ます。

記

フリガナ		保険者番号		1	2	2	3	5	8
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女						
住 所	匝瑛市 電話								
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
厚生大臣が定める基準	<input type="checkbox"/> 区分支給限度額の利用割合が7割以上である <input type="checkbox"/> その利用サービスの6割以上が「訪問介護サービス」である								
厚生労働大臣が定める基準以上の訪問介護が必要な理由									
見込める効果									
添付書類(写し)	<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> 支援経過記録(該当部分)								