

介護予防ケアプラン提出書類確認表

小野市地域包括支援センター宛

被保険者番号

事業者名

利用者名

担当介護支援専門員名

◎該当するものに✓を入れ、1～6の項目を確認し書類を提出する

☐ 初回時 ⇒ 1～4

☐ 評価(6カ月以内)時・終了時 ⇒ 5・6

☐ 変更時(サービスの一部追加・変更)※軽微な変更は含まない ⇒ 3・4

☐ プラン有効期間満了時・区分変更時(要支援1⇔要支援2) ⇒ 1～6、7～9に回答

	項目	事業者チェック	包括チェック	備考
1	利用者基本情報			
2	基本チェックリスト(25項目)			
3	サービス担当者会議議事録			
4	介護予防サービス・支援計画表			
5	サービス評価表			
6	支援経過表 ※1			

＜プラン有効期間満了時・区分変更時＞

	項目	前	後	備考
7	介護度の変化(更新時・区分時)			
8	障害自立度			
9	認知症自立度			

《留意事項》

※1 システムが入っていない事業者は、支援経過表の提出をお願いします。

※2 プラン同意のサインは本人の名前でお願いします。

※3 プラン同意日は、サービス開始日以前の日(含む)を記入してください。

※4 プランの有効期間(1年以内)・評価期間(6カ月以内)に注意してください。