

提出書類確認表

| | |
|--------------|--|
| 介護予防支援 | |
| 介護予防ケアマネジメント | |

継続

※該当にを入れてください

たつの市地域包括支援センター宛

居宅介護支援事業所等 管理者

被保険者番号

担当介護支援専門員名

利用者名

事業所名

| | 項目 | 事業所チェック | 包括チェック | 備考 |
|---|----------------------------|---------|--------|----|
| 1 | 利用者基本情報(変更がなければ前回分のコピーでも可) | | | |
| 2 | 介護予防サービス等支援評価表 | | | |
| 3 | 経過記録表・担当者会議録 | | | |
| 4 | サービス提供事業所からの報告 | | | |
| 5 | 基本チェックリスト | | | |
| 6 | 第6表(利用票)、第7表(利用票別表) | | | |
| 7 | 介護予防サービス等支援計画表 | | | |

地域包括支援センター受付日 年 月 日 (郵便・窓口)

地域包括支援センター担当者