

提出書類確認表

たつの市地域包括支援センター宛

介護予防支援	
介護予防ケアマネジメント	

終了

※該当にを入れてください

被保険者番号 _____

居宅介護支援事業所等 管理者
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	介護予防サービス等支援評価表			
2	経過記録表（担当者会議録）			
3	主治医意見書(写)、認定調査票(写)、チェックリスト(写)			
4	その他(書類がある場合) ・サービス提供事業所からの報告 ・第6表(利用票)、第7表(利用票別表)			

終了理由(該当項目の□にレを入れてください)

要介護()となったため (年 月より)

非該当となったため (年 月より)

死亡 ・ 転出となったため (年 月より)

その他() (年 月より)

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 _____