

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等の届出書

年 月 日

富田林市高齢介護課 様

指定居宅介護支援事業者名

(介護支援専門員) \_\_\_\_\_

TEL      —      —

下記の被保険者について、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第13条第18号の3の規定により厚生労働大臣が定める基準に該当するため、居宅サービス計画書等の届出を行います。

|      |        |  |  |        |               |      |                |  |  |  |  |  |
|------|--------|--|--|--------|---------------|------|----------------|--|--|--|--|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |        |               |      |                |  |  |  |  |  |
|      | 住 所    |  |  |        |               |      |                |  |  |  |  |  |
|      | 氏 名    |  |  |        |               | 生年月日 | 明・大・昭<br>年 月 日 |  |  |  |  |  |
|      | 要介護度   |  |  | 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |      |                |  |  |  |  |  |

【居宅サービス計画書に訪問介護を位置付けた理由】

【添付書類】 居宅サービス計画(1)(2)(3)(6)(7)、サービス担当者会議の要点、  
訪問介護計画書  
摂嚥嚥下アセスメントシート・口腔アセスメントシート・興味・関心チェックシート  
事例概要表