

忠岡町地域包括支援センターへの書類チェック票

(提出書類表紙)

利用者氏名： 様 事業所名： 担当ケアマネジャー： 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">介護保険情報</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">事業対象者 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">有効期限</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日</td> </tr> </table>	介護保険情報		事業対象者 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2		有効期限		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
介護保険情報									
事業対象者 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2									
有効期限									
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日									

提出時期	書類提出	チェック欄	
		居宅	包括
□ 新規契約時	・ 利用者基本情報	☐	☐
	・ 基本チェックリスト	☐	☐
	・ 介護予防サービス・支援計画表	☐	☐
	・ 利用票・別表	☐	☐
	・ 支援経過記録(担当者会議録含む)	☐	☐
	・ (住所地特例の方のみ)被保険者証の写し	☐	☐
□ 1年評価時 □ 要介護認定有効期間更新時 □ 区分変更時 □ サービス計画変更時	・ サービス評価表	☐	☐
	・ 利用者基本情報	☐ ※	☐ ※
	・ 基本チェックリスト	☐	☐
	・ 介護予防サービス・支援計画表	☐	☐
	・ 利用票・別表	☐	☐
	・ 支援経過記録(担当者会議録含む)	☐	☐
□ 終了時	・ (住所地特例の方のみ)被保険者証の写し	☐	☐
	・ サービス評価表	☐	☐
	・ 支援経過記録	☐	☐

※記載情報に変更があった場合は作成し、ご提出ください。

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">備</td> <td style="width: 90%; text-align: center;">考</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 150px;"></td> </tr> </table>	備	考			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">包括受付印</td> <td style="width: 80%; height: 120px;"></td> </tr> </table>	包括受付印	
備	考						
包括受付印							

書類チェック票で必要書類を確認し、この票を添えてご提出ください。