

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か月以内)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 ※1			
6	支援経過表 ※2			

<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・区変時)			
8	障害自立度			
9	認知症自立度			

《留意事項》

※1 **システム導入済**事業者の評価(6か月以内)時・終了時は、確認後包括にて印刷を行います。
プラン有効期間満了時は他の提出書類と合わせてご提出ください。

※2 **システム導入未実施**の事業者は、支援経過表の提出をお願いします。

※3 プラン同意のサインは本人の名前でお願いします。

※4 プラン同意日は、サービス開始以前の日(含む)を記入してください。

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