淀川区内4包括統一チェック表　2024年4月

**地域包括支援センターへの提出書類チェック表**

**（一部委託先変更）**

****

利用者氏名

事業所　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当ケアマネ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（介護支援専門員番号　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出時期 | 提出書類 | ケアマネﾁｪｯｸ欄 | 包括ﾁｪｯｸ欄 |
| * 新規
* 暫定

※⑦は更新時のみ※⑨⑩は不要※計画期間（　　年　月　日～　　年　月　日） | ①介護予防支援（ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ）**変更**契約書（1部）②利用者基本情報　　　　③支援経過記録、モニタリング記録　※訪問、電話、来所など支援手段、目的（モニタリング等）が分かるように記録をしてください※医療系サービス、軽度者への例外給付貸与の場合は主治医の意見照会記録（更新・区変時や新たにサービス導入する場合に必要）④介護予防サービス・支援計画表（原案）　※総合事業の介護予防型訪問サービス利用の場合は、『振り分けスキーム』の確認（更新時・区変結果確定時や新たにサービス導入する場合に必要。暫定プラン時は確認不要。）⑤基本チェックリスト⑥利用票・別表⑦介護予防サービス計画作成（ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ）依頼届出後の介護保険被保険者証（写）⑧介護保険負担割合証　(写)⑨主治医意見書（写）⑩認定調査票　及び　特記事項（写） | □□□□□□□□□□□□ | □□□預かり後に確認□預かり後に確認□□□□□□ |

受　付

　　　　　　印

原本受領

　　　　　　印

□介護予防サービス・支援計画書　　　　包括確認

　（　　月　　日　　作成）

上記の書類を受領しました。

令和　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印