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**

**（継続分）**



利用者氏名

事業所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 提出時期 | 提出書類 | ケアマネﾁｪｯｸ欄 | 包括受付ﾁｪｯｸ欄 |
| 全ての場合 | ・医療系サービス、軽度者への例外給付貸与を利用する場合は主治医の意見照会記録・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 | □□ | 預かり後、内容確認します。 |
| * 認定更新時
* 暫定プラン時

※③～⑤は不要* 認定期間のうち１年間経過した場合

　※③～⑤は不要* 要支援区分変更認定確定時

※計画期間（　　年　月　日～　　年　月　日） | ①サービス評価表②支援経過記録　③介護保険被保険者証（写）④主治医意見書（写）⑤認定調査票　及び　特記事項（写）⑥利用者基本情報（変更がある場合のみ）⑦介護予防サービス・支援計画表（原案）⑧基本チェックリスト⑨利用票・別表 | □□□□□□□□□ | □□□□□□□□□ |
| * サービス計画

変更時※計画期間（　　年　月　日～　　年　月　日）□ 軽微変更※①・④は不要 | ①サービス評価表②支援経過記録　③介護予防サービス・支援計画表（原案）④基本チェックリスト⑤利用票・別表 | □□□□□ | □□□□□ |

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）

□評価表（写し：　月　　日　作成）

上記の書類を受領しました。

令和　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印