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