

年 月 日

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証等に係る届出書

交野市長 様

事業所名

計画作成者

電話番号

— —

以下の被保険者の居宅サービス計画につきまして、添付書類を添えて届け出ます。

対象者氏名			
被保険者番号			
要介護度 ※該当するものに○を付けてください。	要介護 1 2 3 4 5	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
区分支給限度基準額の 利用割合が7割以上 で、かつ、その利用サ ービスの6割以上に 訪問介護サービスを 位置付ける理由 ※具体的に記入してください			
訪問介護サービスを 導入することで 見込まれる効果			
提出者氏名 ※計画作成者と同じの場合は記入不要			

- 【添付書類】・居宅サービス計画書（第1表～第7表）の写し  
・課題分析（アセスメントシート）の写し  
・訪問介護計画書