（届出日）　　年　　月　　日

玉野市長　あて

**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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所住所 |  | | | |
| 事業所名 |  | | | |
| 担当者名 |  | | 電話番号 |  |
| 被保険者  氏名 |  | | 被保険者番号 |  |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 要介護度 |  | | |  |
| 訪問介護が必要な理由  **（具体的に記入してください）** | ※ケアプランに記載した理由に、補足等がある場合に記入  （本欄に書き切れない場合、「別紙参照」と記載の上、別紙を添付してください。） |  | | |
| 添付書類 | **□**　居宅サービス計画書（第１表、第２表、第３表）の写し  　※第１表については、利用者の同意が記載されたものを提出してください。  ※理由を記載したケアプランについては、理由の該当箇所にマーカー等で印をつけてください。  ※第５表に、訪問介護を位置づけた理由を記載している場合、当該ページの提出を  併せてお願いします。  **□**　基本情報（フェイスシート）  **□**　課題分析表（アセスメントシート） | | | |

※玉野市記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **処理欄** | 年　　月　 日 決裁 | | |  |  |
| 課 長 | 課長補佐 | 係 長 | 係 |  |
|  |  |  |  | 個別ケース会議 |
| 年　　月　　日 |