

介護予防・日常生活支援総合事業 提出書類確認・受領書

利用者氏名： _____ 様 (居宅介護支援事業所名： _____)

※事前に、必要書類がすべてそろっているかを☑確認し提出ください。

<input type="checkbox"/> 新規利用時	<input type="checkbox"/> 利用者基本情報 (※緊急連絡先の記載の入ったもの) <input type="checkbox"/> 介護予防支援計画書 (原案) <input type="checkbox"/> 利用票 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 支援経過記録 (サービス担当者会議記録含む) 【 年 月 日～ 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 例外給付に該当する福祉用具 (車いす、特殊寝台など) 利用に関する書類 (理由書、主治医のコメントなど)
<input type="checkbox"/> プラン変更時	<input type="checkbox"/> 利用者基本情報 (変更がなければ不要) 【変更点】 <input type="checkbox"/> 介護予防支援計画書 (原案) () <input type="checkbox"/> 利用票 <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 支援経過記録 (サービス担当者会議記録含む) 【 年 月 日～ 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 例外給付に該当する福祉用具 (車いす、特殊寝台など) 利用に関する書類 (理由書、主治医のコメントなど)
<input type="checkbox"/> 更新時	<input type="checkbox"/> 利用者基本情報 <input type="checkbox"/> 介護予防支援計画書 (原案) <input type="checkbox"/> 利用票 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 (写) <input type="checkbox"/> 評価表 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 支援経過記録 (サービス担当者会議記録含む) 【 年 月 日～ 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 例外給付に該当する福祉用具 (車いす、特殊寝台など) 利用に関する書類 (理由書、主治医のコメントなど)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>浪速区地域包括支援センター 大阪市浪速区難波中3丁目8番8号 TEL:06-6636-6029</p> </div> <div style="width: 30%; border-left: 1px dotted black; padding-left: 10px;"> <p>包括支援センター確認印</p> </div> <div style="width: 25%; padding-left: 10px;"> <p>プラン原本受領印</p> </div> </div>	