

利用者名 _____ 様 地区名: 本庁・菅谷・加治 川東・五十公野	開始予定月: 令和 年 月 サービスC種別: 通所型・訪問型 実施事業所: _____ 包括名: 東	※居宅の場合 居宅名: _____ <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 介護保険申請中 把握経路 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 運動プログラム申請の場合 痛みの質問票 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (膝・腰)) <input type="checkbox"/> 口腔プログラム申請の場合 義歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
提出書類チェック <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト(申請用 事前記入) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 暫定 介護予防サービス・支援計画書 (複写) ※通所型サービスC複合型プログラムの場合 <input type="checkbox"/> 生活機能評価(アセスメント) <input type="checkbox"/> 利用者基本情報	後日提出可	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 担当者会議の日程が決まっている場合は、日時をご記入ください。 <div style="text-align: right;"> _____ 月 _____ 日 </div> </div>

※後日、同意済みの介護予防サービス・支援計画書及び担当者会議の要点 (複写)を提出すること。

R4.10改訂

利用者名 _____ 様 地区名: 佐々木・豊浦・松浦 米倉・赤谷	開始予定月: 令和 年 月 サービスC種別: 通所型・訪問型 実施事業所: _____ 包括名: 西	※居宅の場合 居宅名: _____ <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 介護保険申請中 把握経路 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 運動プログラム申請の場合 痛みの質問票 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (膝・腰)) <input type="checkbox"/> 口腔プログラム申請の場合 義歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
提出書類チェック <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト(申請用 事前記入) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 暫定 介護予防サービス・支援計画書 (複写) ※通所型サービスC複合型プログラムの場合 <input type="checkbox"/> 生活機能評価(アセスメント) <input type="checkbox"/> 利用者基本情報	後日提出可	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 担当者会議の日程が決まっている場合は、日時をご記入ください。 <div style="text-align: right;"> _____ 月 _____ 日 </div> </div>

※後日、同意済みの介護予防サービス・支援計画書及び担当者会議の要点 (複写)を提出すること。

R4.10改訂

利用者名 _____ 様	開始予定月 : 令和 年 月 サービスC種別 : 通所型 ・ 訪問型 実施事業所 : _____
地区名: 本庁	包括名: 南
<small>※居宅の場合</small> 居宅名: _____	
利用者情報	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 (1 ・ 2) <input type="checkbox"/> 介護保険申請中 <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin: 5px 0;"> 把握経路 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 </div> 運動プログラム申請の場合 痛みの質問票 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (膝 ・ 腰) 口腔プログラム申請の場合 義歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
提出書類チェック	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト(申請用 事前記入) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 暫定 介護予防サービス・支援計画書 (複写) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 担当者会議の日程が決まっている場合は、日時をご記入ください。 <div style="text-align: right;">_____ 月 _____ 日</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <small>※通所型サービスC複合型プログラムの場合</small> <input type="checkbox"/> 生活機能評価(アセスメント) <input type="checkbox"/> 利用者基本情報 </div> <div style="font-size: 2em;">}</div> <div>後日提出可</div> </div>

※後日、同意済みの介護予防サービス・支援計画書及び担当者会議の要点 (複写)を提出すること。

R4.10改訂

利用者名 _____ 様	開始予定月 : 令和 年 月 サービスC種別 : 通所型 ・ 訪問型 実施事業所 : _____
地区名: 紫雲寺 ・ 加治川	包括名: 北
<small>※居宅の場合</small> 居宅名: _____	
利用者情報	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 (1 ・ 2) <input type="checkbox"/> 介護保険申請中 <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin: 5px 0;"> 把握経路 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 </div> 運動プログラム申請の場合 痛みの質問票 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (膝 ・ 腰) 口腔プログラム申請の場合 義歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
提出書類チェック	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト(申請用 事前記入) <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 暫定 介護予防サービス・支援計画書 (複写) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 担当者会議の日程が決まっている場合は、日時をご記入ください。 <div style="text-align: right;">_____ 月 _____ 日</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <small>※通所型サービスC複合型プログラムの場合</small> <input type="checkbox"/> 生活機能評価(アセスメント) <input type="checkbox"/> 利用者基本情報 </div> <div style="font-size: 2em;">}</div> <div>後日提出可</div> </div>

※後日、同意済みの介護予防サービス・支援計画書及び担当者会議の要点 (複写)を提出すること。

R4.10改訂

利用者名 _____ 様
開始予定月： 令和 年 月
サービスC種別： 通所型 ・ 訪問型
実施事業所：

地区名： 本庁 包括名： 中央 ※居宅の場合
居宅名：

利用者情報

事業対象者 要支援（ 1 ・ 2 ） 介護保険申請中

把握経路 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

運動プログラム申請の場合 痛みの質問票（ 無 有（ 膝 ・ 腰 ）

口腔プログラム申請の場合 義歯（ 無 有 ）

提出書類チェック

- 申請書
- 誓約書
- 基本チェックリスト(申請用 事前記入)
- 診療情報提供書
- 暫定 介護予防サービス・支援計画書（複写）

※通所型サービスC複合型プログラムの場合

- 生活機能評価(アセスメント)
 - 利用者基本情報
- 後日提出可

担当者会議の日程が決まっている場合は、
日時をご記入ください。

月 日

※後日、同意済みの介護予防サービス・支援計画書及び担当者会議の要点（複写）を提出すること。

R4.10改訂