



# 受付票 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務帳票等

令和 年 月 日

## 居宅介護支援事業所 ⇒ 地域包括支援センター

事業所名 \_\_\_\_\_

下記の帳票等を提出しますので、宜しく願います。

※該当箇所に○印、その他には書類名・連絡事項記載

| No | 被保険者番号 | 氏名 | 開示請求 | 初回 | 更新 | 変更 | 終了 | 計画書返却 | 経過記録 | その他 |
|----|--------|----|------|----|----|----|----|-------|------|-----|
| 1  |        |    |      |    |    |    |    |       |      |     |
| 2  |        |    |      |    |    |    |    |       |      |     |
| 3  |        |    |      |    |    |    |    |       |      |     |
| 4  |        |    |      |    |    |    |    |       |      |     |
| 5  |        |    |      |    |    |    |    |       |      |     |

**開示請求** : 介護保険被保険者証 (写)

**初回** : 介護予防サービス支援計画書・利用者基本情報・基本チェックリスト・(市アセスメントシート) ※事業対象者のみ

**更新** : 初回の書類に追加して、サービス評価表・経過記録

**変更** : 介護予防サービス支援計画書・サービス評価表・経過記録・基本チェックリスト

**終了** : サービス評価表・経過記録・介護保険被保険者証 (写) ※介護認定終了時

**計画書返却** : 介護予防サービス支援計画書 ※利用者署名押印済み原本

**経過記録** : 経過記録

**その他** : その他の書類・連絡事項記載

開示資料発行日

令和 年 月 日