

令和 年 月 日

(あて先) 一宮市長

居宅介護支援事業所名：

事業所電話番号：

担当介護支援専門員氏名：

ケアプランの検証結果に基づく 報告書

令和 年 月 日付け、 一宮介保発第 号で通知のあった件について、
下記のとおり報告します。

記

1 再検討結果

1 (該当する□にレ点を記入してください)

被保険者氏名：	被保険者番号：
届出履歴：□ 初めて □ 2回目 □ () 回目	
ケアプランの見直し：□ あり □ なし	
検討結果：	

2 (該当する□にレ点を記入してください)

被保険者氏名：	被保険者番号：
届出履歴：□ 初めて □ 2回目 □ () 回目	
ケアプランの見直し：□ あり □ なし	
検討結果：	

3

(該当する□にレ点を記入してください)

被保険者氏名：	被保険者番号：
届出履歴：□ 初めて □ 2回目 □ () 回目	
ケアプランの見直し：□ あり □ なし	
検討結果：	

4

(該当する□にレ点を記入してください)

被保険者氏名：	被保険者番号：
届出履歴：□ 初めて □ 2回目 □ () 回目	
ケアプランの見直し：□ あり □ なし	
検討結果：	

5

(該当する□にレ点を記入してください)

被保険者氏名：	被保険者番号：
届出履歴：□ 初めて □ 2回目 □ () 回目	
ケアプランの見直し：□ あり □ なし	
検討結果：	

※再検討結果を報告する必要がある被保険者が複数人いる場合は、人数分の再検討結果を上記枠線内に記入してください。

2 添付書類

- ・再検討の内容が確認できる書類（再検討の実施記録など）
- ・その他保険者から求めがあった場合の書類