

様式 1

居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証に係る届出書

年 月 日

(あて先) 一宮市長

居宅介護支援事業所名
事業所所在地
事業所電話番号
介護支援専門員氏名

下記被保険者につき、ケアプラン検証のために届け出ます。

フリガナ		被保険者番号																	
被保険者氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生																
		性別	男 ・ 女		要介護度	要介護 ・ 要支援													
認 定 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日																		
厚生労働大臣が定める基準以上の訪問介護が必要な理由																			
見込める効果																			

【 添付書類 】

1. アセスメント表
2. 居宅サービス計画書「第1表」～「第7表」の写し
3. 訪問介護計画書の写し