泉大津市地域包括支援センター

介護予防ケアプラン提出書類チェックシート

（提出書類表紙）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当ケアマネ名 |  |
| 利用者名 |  | 包括担当者名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出のタイミング  提出書類 | | 初回 | 継続・  更新 | ｻｰﾋﾞｽ  変更 | 1年毎  評価※6 | 担当者  変更  ※同一事業所内 | 終了 |
| ①利用者基本情報 | 写し | □ | □※1 | □※1 |  | □ |  |
| ②基本チェックリスト | 写し | □ | □ | □ |  |  |  |
| ③生活機能評価票 | 写し | □ | □ | □ |  |  |  |
| ④興味・関心チェックシート | 写し | □ | □ | □ |  |  |  |
| ⑤口腔アセスメントシート | 写し | □※2 | □※2 | □※2 |  |  |  |
| ⑥栄養アセスメントシート | 写し | □※3 | □※3 | □※3 |  |  |  |
| ⑦担当者会議録※4 | 写し | □ | □ | □ |  | □ |  |
| ⑧介護予防ｻｰﾋﾞｽ・支援計画表  （要押印） | 原本 | □ | □ | □ |  | □ |  |
| ⑨利用票・利用票別表  （要押印・サービス変更月分のみ） | 写し | □ |  | □ |  | □ |  |
| ⑩介護予防支援・ｻｰﾋﾞｽ評価表  （前期間分） | 原本 |  | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑪支援経過記録 | 写し | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑫訪問確認簿 | 写し | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| ⑬介護保険被保険者証 | 写し |  | □ | △  未提出時のみ |  |  |  |
| ⑭介護保険負担割合証※5 | 写し | △  未提出時のみ | □ | △  未提出時のみ |  |  |  |
| ⑮軽度者に対する福祉用具貸与のための理由書（診断書等含む） | 写し | △  該当者のみ | △  該当者のみ | △  該当者のみ |  |  |  |

※１ 更新時等、記載情報に変更があった場合は作成し、ご提出ください。

※2　基本チェックリストの13・15の両方、または14に該当した場合は作成し、ご提出ください。

※3　基本チェックリストの11または12に該当した場合は作成し、ご提出ください。

※4 支援経過記録内に記載可能。

※5 新しく交付された時点で、ご提出ください。

※6　認定の有効期間が1年以上あり、ケアプランの有効期間も1年以上に設定し、サービスを利用継続する場合は、1年毎に提出してください。（支援内容が変更する場合は「サービス変更」欄に沿って提出してください。）

提出書類チェックシートで必要書類を確認し、このシートを添えてご提出ください。　　　（R6.4.1）