介護予防算定確認票（居宅介護支援事業者用）

令和　　年　　月　　日

(あて先) 松本市長

事業所名

管理者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護支援専門員名 |  | | | |
| 確認地域包括支援センター名 | ○○地域包括支援センター　　　　　　　　　　　　　　（確認者：　　　　　　） | | | |
| 被保険者番号 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  | | | |
| 介護区分 | □ 事業対象者　　　　　　□ 要支援１　　　　 　□ 要支援２  □ 申請中で要支援の見込み（要支援：　　　）　　□ その他（　　　　　　　　） | | | |
| 被保険者住所 | 松本市 | | | |
| 世帯状況 | □ 独居　　□ 同居家族あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 確 認 内 容 | □ | ①同居家族がいる場合の生活援助的訪問型サービス  希望する援助の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □ | ②院内の介助  希望する援助の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| □ | ➂散歩の同行 | | |
| □ | ④事業対象者で、要支援１の支給限度額を超える場合 | | |
| □ | ⑤モニタリングができない特段の事情 | | |
| □ | ⑥その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 添 付 資 料 | □ 利用者に係る介護予防サービス・支援計画書  □ 確認内容の検討過程が分かるサービス担当者会議の要点  □ 生活援助整理シート　※①の場合のみ添付  □ 支援経過記録　※⑤の場合のみ添付  □ その他必要書類 | | | |
| 本人の心身状況  家族の状況 | ※添付資料では不足する情報など、必要があれば記載してください。 | | | |