

地域包括支援センターへの提出書類チェック票

利用者氏名：様

介護保険情報

要支援1 ・ 要支援2

事業所名：

有効期間
令和 年 月 日～ 令和 年 月 日

担当ケアマネジャー：

提出時期	提出書類	チェック欄	
		居宅	包括
☐ 新規契約時	・利用者基本情報	☐	☐
	・基本チェックリスト	☐	☐
	・介護予防サービス・支援計画表	☐	☐
	・利用票・別表	☐	☐
	・支援経過記録(担当者会議録含む)	☐	☐
☐ 3ヶ月評価時	・介護予防サービス・支援計画表	☐	☐
	・支援経過記録	☐	☐
※運動器機能向上加算を算定している場合の3ヶ月評価は、支援経過記録に評価を記載してください(サービス評価表は不要)			
☐ 6ヶ月評価時	・基本チェックリスト	☐	☐
	・介護予防サービス・支援計画表	☐	☐
	・サービス評価表	☐	☐
	・支援経過記録	☐	☐
☐ 更新時	・サービス評価表	☐	☐
	・介護保険被保険者証(写)	☐	☐
☐ 区分変更時	・利用者基本情報	☐	☐
	・基本チェックリスト	☐	☐
☐ サービス計画変更時	・介護予防サービス・支援計画表	☐	☐
	・利用票・別表	☐	☐
	・支援経過記録(担当者会議録含む)	☐	☐
☐ 終了時	・サービス評価表	☐	☐
	・支援経過記録	☐	☐
	・介護保険被保険者証(写)(要介護で終了の場合)	☐	☐
☐ その他	・福祉用具貸与理由書	☐	☐
	・ケアプラン情報交換表	☐	☐
	・住宅改修理由書	☐	☐

包括 ご返却書類

☐ 介護予防サービス・支援計画書を返却いたしました

包括対応者：()

☐ サービス評価表を返却いたしました

包括対応者：()

書類受取確認

年 月 日 氏名

包括受付印

包括受付者：