

プラン確認受付表

※ 予防プラン提出の際に、下記の**太字**、利用者情報を記入の上書類不足等がないか再度確認してください。
 高齢者サポートセンターへ書類提出時、こちらの表で再度確認致します。また**不備等ある場合は一度持ち帰り、再提出をお願いします。**

該当に○をしてください。

(新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 評価 ・ カナミック ・ 書類不足)

被保険者番号 _____ 居宅事業者名 _____

利用者氏名 _____ 担当ケアマネ名 _____

認定有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 年 _____ 月 _____ 日付け作成の計画表

※ここからは、高齢者サポートセンターで記入。

	受付日	確認者サイン	お渡し日	返却日
支援計画表				
経過記録				
利用票				
利用票別表				
基本情報				
チェックリスト				
認定調査票				
主治医意見書				

(※受付日)
 8点セット・7点セット・評価表で
 受付した日
 (※確認者サイン)
 プラン確認者のサイン
 (※お渡し日)
 支援計画表・評価表の高サポ確認[㊟]
 あるものをお渡した日
 (※戻り日)
 支援計画表は利用者確認[㊟]と高サポ
 確認[㊟]があるものを返却された日

	受付日	確認者サイン	お渡し日	返却日
中間評価				
総合評価				
事業所評価				

_____ 年 _____ 月 _____ 日
 提出者 (_____)

プラン確認受付表

※ 予防プラン提出の際に、下記の**太字**、利用者情報を記入の上書類不足等がないか再度確認してください。
 高齢者サポートセンターへ書類提出時、こちらの表で再度確認致します。また**不備等ある場合は一度持ち帰り、再提出をお願いします。**

該当に○をしてください。

(新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 評価 ・ カナミック ・ 書類不足)

被保険者番号 _____ 居宅事業者名 _____

利用者氏名 _____ 担当ケアマネ名 _____

認定有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 年 _____ 月 _____ 日付け作成の計画表

※ここからは、高齢者サポートセンターで記入。

	受付日	確認者サイン	お渡し日	返却日
支援計画表				
経過記録				
利用票				
利用票別表				
基本情報				
チェックリスト				
認定調査票				
主治医意見書				

(※受付日)
 8点セット・7点セット・評価表で
 受付した日
 (※確認者サイン)
 プラン確認者のサイン
 (※お渡し日)
 支援計画表・評価表の高サポ確認[㊟]
 あるものをお渡した日
 (※戻り日)
 支援計画表は利用者確認[㊟]と高サポ
 確認[㊟]があるものを返却された日

	受付日	確認者サイン	お渡し日	返却日
中間評価				
総合評価				
事業所評価				

_____ 年 _____ 月 _____ 日
 提出者 (_____)