

プラン確認受付表

※ 予防プラン提出の際に、下記の太字(◆の項目)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いたします。
 また、不備等ある場合は一度持ち帰り、再提出をお願いいたします。

◆提出日: 年 月 日
 ◆提出者名:

◆カナミック使用状況: 利用 未利用 ◆ 提出書類: 新規 更新 変更 評価

◆ 居宅事業者名: _____ ◆ 担当ケアマネ名: _____

◆ 利用者名: _____ ◆ 介護度: 事業対象者 要支援1 要支援2

◆ 認定有効期間 年 月 日 ~ 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。

□カナミック利用		□カナミック未利用			
【□新規 □更新 □変更】		【□新規 □更新 □変更】			
	受付日	受付日	お渡し日	返却日	
1	支援計画書	1	支援計画書	2	基本情報
2	基本情報	3	チェックリスト	4	経過記録
3	チェックリスト	5	認定調査票	6	主治医意見書
4	経過記録	高サポにてデータ管理 またはプリントアウト			
5	認定調査票				
6	主治医意見書				
【□評価】		【□評価】			
	受付日	受付日	お渡し日		
中間評価	高サポにてデータ管理 またはプリントアウト	中間評価			
総合評価		総合評価			
事業所評価		事業所評価			
(受付日) ・3点セット(1.5.6)または、 評価表を受付した日。		(お渡し日) ・支援計画書または評価表は 高サポ確認のあるものを お渡した日。 ・評価表の高サポ確認がある ものの写しをお渡した日。		(返却日) ・支援計画書の利用 者確認と高サポ確 認があるものを返 却された日。	

□不備なし □書類不足 ()

受取者名:

プラン確認受付表

※ 予防プラン提出の際に、下記の太字(◆の項目)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いたします。
 また、不備等ある場合は一度持ち帰り、再提出をお願いいたします。

◆提出日: 年 月 日
 ◆提出者名:

◆カナミック使用状況: 利用 未利用 ◆ 提出書類: 新規 更新 変更 評価

◆ 居宅事業者名: _____ ◆ 担当ケアマネ名: _____

◆ 利用者名: _____ ◆ 介護度: 事業対象者 要支援1 要支援2

◆ 認定有効期間 年 月 日 ~ 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。

□カナミック利用		□カナミック未利用			
【□新規 □更新 □変更】		【□新規 □更新 □変更】			
	受付日	受付日	お渡し日	返却日	
1	支援計画書	1	支援計画書	2	基本情報
2	基本情報	3	チェックリスト	4	経過記録
3	チェックリスト	5	認定調査票	6	主治医意見書
4	経過記録	高サポにてデータ管理 またはプリントアウト			
5	認定調査票				
6	主治医意見書				
【□評価】		【□評価】			
	受付日	受付日	お渡し日		
中間評価	高サポにてデータ管理 またはプリントアウト	中間評価			
総合評価		総合評価			
事業所評価		事業所評価			
(受付日) ・3点セット(1.5.6)または、 評価表を受付した日。		(お渡し日) ・支援計画書または評価表は 高サポ確認のあるものを お渡した日。 ・評価表の高サポ確認がある ものの写しをお渡した日。		(返却日) ・支援計画書の利用 者確認と高サポ確 認があるものを返 却された日。	

□不備なし □書類不足 ()

受取者名: