

居宅サービス計画を自己作成（セルフケアプラン）される方へ

○ はじめに～

- ・ 自己作成届出書を市にご提出ください。

○ ケアプランの作成～

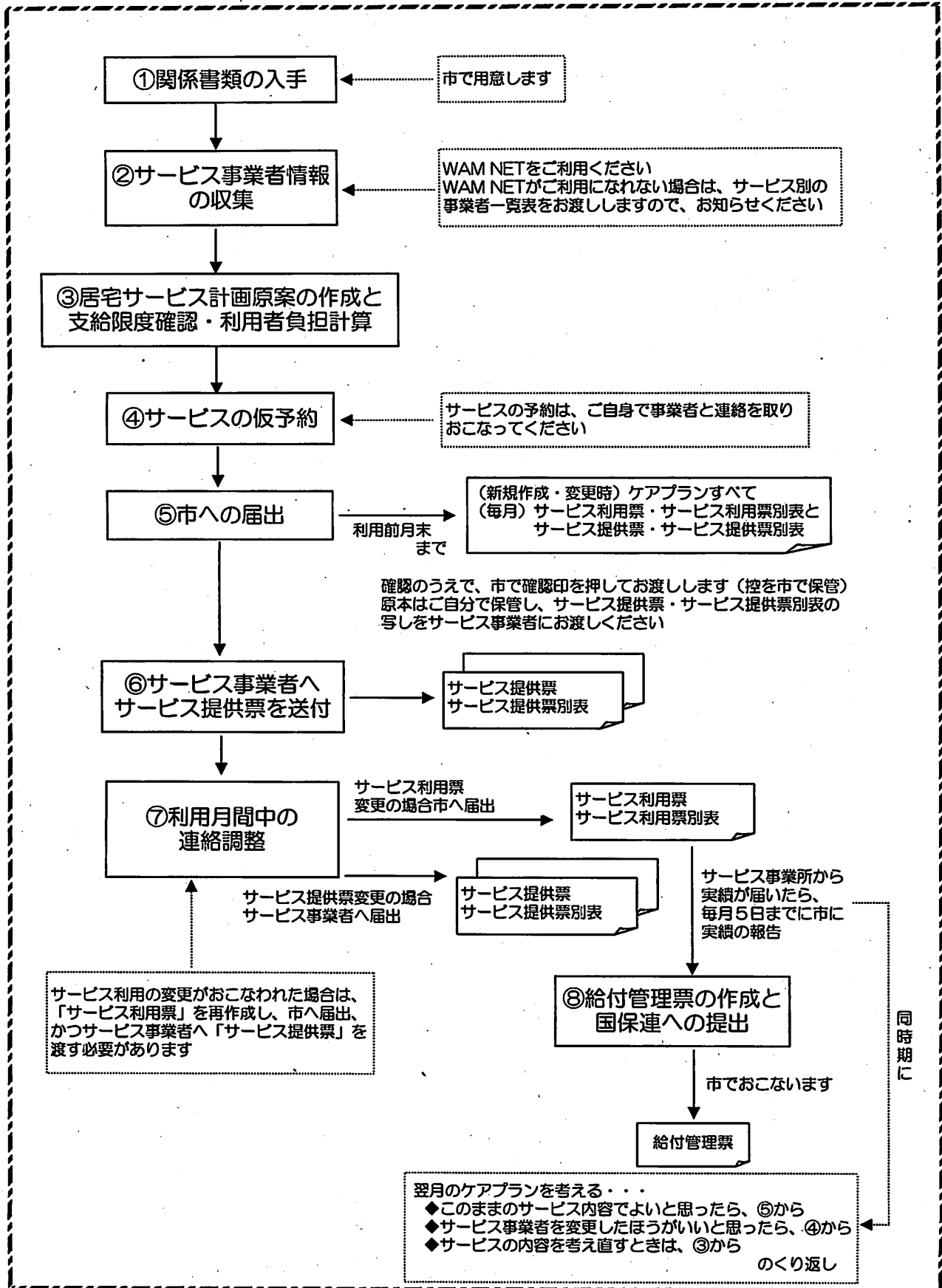
- ・ 関係書類の用意は市でおこないます。
- ・ 居宅サービス計画書記載要領を参考にしながら、居宅サービス計画書（＝ケアプラン）第1表から第8表とサービス提供票・サービス提供票別表を作成してください。
- ・ サービス事業者情報に関しましては、WAM NET をご利用ください。WAM NET がご利用になれない場合は、サービス別の事業者一覧表をお渡ししますので、お知らせください。
 - ※ 枚数が多いので、必要なサービスに限らせていただきます。
- ・ サービスの予約は、ご自身で事業者と連絡を取りおこなってください。
- ・ サービスコードの一覧表もお渡ししますので、お知らせください。
 - ※ 枚数が多いので、必要なサービスに限らせていただきます。

○ ケアプランの届出

- ・ ケアプランを新規に自己作成または変更したときは市にご提出ください。
 - ・ 第7表～第8表とサービス提供票・サービス提供票別表は、毎月月末までに翌月分を作成しご提出ください。
 - ・ 市で確認のうえ確認印を押してお渡しいたしますので、原本はご自分で保管し、サービス提供票・サービス提供票別表の写しをサービス事業者にお渡しください。
 - ・ 変更が生じた際は、再度ご提出いただく必要があります。
 - ・ サービス提供月が終了しましたら、毎月5日までに実績をご報告ください。
- 給付管理票の作成と国保連への提出は、市でおこないます。

連絡先 町田市役所 介護保険課 給付係
電話 042-721-3136

◆自己作成（セルフケアプラン）の流れ



保険者番号	1 3 2 0 9 2	保険者名	町田市	居宅介護支援事業者事業所名 担当者名	(記入不要)	作成年月日	平成(記入不要) 年 月 日	利用者確認 (記入不要)
被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	フリガナ 被保険者氏名	〇〇〇〇	保険者確認印	確認後「高齢者福祉課」のゴム印 および担当者認印を押印	届出年月日	平成 20年 9月 25日	
生年月日	明・大・昭 12年 3月 29日	性別	男・女	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	要支援 1 2 3 4 5 要支援 1 2 3 4 5 平成 年 月 日	区分支給 限度基準額	26.750単位/月 限度額適用 期間	平成 20年 2月から 平成 22年 1月まで 前月までの 短期入所利 用日数 0日

提供時間帯 【早い順】	サービス内容 【サービスコード表 の省略名称】	サービス 事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
			曜日	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木		金
10:00~ 11:30	身体介護3	AA事業所	予定							1							1							1											4
			実績																																
13:30~ 14:30	身体介護2	AA事業所	予定	1								1						1							1								1		5
			実績																																
14:00~ 15:00	生活援助2	AA事業所	予定		1				1						1				1					1			1				1			1	9
			実績																																
用具貸与 および ショートは 記入不要	車いす貸与	BB事業所	予定																																
			実績																																
	車いす付属品 貸与	BB事業所	予定																																
実績																																			
	併設短期生活 113	CC事業所	予定																																3
実績																																			
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

用具貸与は 予定・合計回数は記入不要

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	割引適用後		回数(B)	サービス単位/金額(C)=(A)×(B)	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数(D)	区分支給限度基準内単位数(E)=(C)-(D)	単位数単価(F)	費用総額(保険対象分)(G)=(E)×(F) 【切り捨て】	給付率(%) (H)	保険給付額(I) =(G)×(H) 【切り捨て】	利用者負担(保険対象分)(J)=(G)-(I)	利用者負担(全額負担分)(K)=(D)×(F)
				率%	単位数												
AA 事業所	1373211111	身体介護 3	111311	584		4	2336										
AA 事業所	1373211111	身体介護 2	111211	402		5	2010										
AA 事業所	1373211111	生活援助 2	117211	208		9	1872										
AA 事業所	1373211111	訪問介護合計					(6218)				6218	10.6	65910	90	59319	6591	
BB 事業所	1373222222	車いす貸与	171001				800										
BB 事業所	1373222222	車いす付属品貸与	171002				100										
BB 事業所	1373222222	福祉用具貸与合計					(900)				900	10.0	9000	90	8100	900	
CC 事業所	1373233333	併設短期生活 II 3	212135	830		3	2490				2490	10.4	25896	90	23306	2590	
				区分支給限度基準額 (単位)		26750	合計	9608			9608		100806		90725	10081	

事業所またはサービス種類
変わると集計行

集計行は
カッコ書き

集計行はサービスコード・
単位数・回数は記入不要

10.0: 福祉用具貸与
10.4: 訪問看護、訪問リハ、通所リハ、
短期入所生活介護、短期入所療養介護
10.6: 訪問介護、訪問入浴介護、
通所介護、認知症対応型通所介護、
夜間対応型訪問介護

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
訪問介護				通所リハビリテーション			
訪問入浴介護				福祉用具貸与			
訪問看護				短期入所生活介護			
訪問リハビリテーション				短期入所療養介護			
通所介護				合計			

市町村が定めている
場合のみ

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数												
				区分支給限度基準額 (単位)	合計													

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
訪問介護				通所リハビリテーション			
訪問入浴介護				福祉用具貸与			
訪問看護				短期入所生活介護			
訪問リハビリテーション				短期入所療養介護			
通所介護				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

サービス提供票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額(保険対象分)	給付率(%)	保険給付額	利用者負担(保険対象分)	利用者負担(全額負担分)
					率%	単位数												
			区分支給限度基準額 (単位)					合計										

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
訪問介護				通所リハビリテーション			
訪問入浴介護				福祉用具貸与			
訪問看護				短期入所生活介護			
訪問リハビリテーション				短期入所療養介護			
通所介護				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数