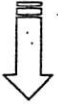


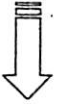
< ケアプラン作成の手順 >

ステップ1：サービスの計画表をつくります



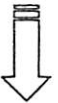
- 利用したいサービスの種類、内容、回数、時間を決めます。
(週間サービス計画表を利用してください)

ステップ2：サービス事業者を決めて仮予約します



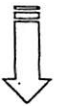
- 事業者名簿を参照し、事業者にサービスの申し込みをします。
- 依頼したいサービスの詳しい内容、時間帯、曜日、回数等を伝えてください。
- 担当者、費用(単価)、介護保険の対象かを必ず確認し、仮予約します。

ステップ3：費用負担の計算をします



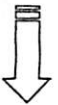
- 全体の費用を計算し、支給限度基準額内におさまるか必ず確認します。
(限度基準額をこえる分は全額自己負担になります)
- 保険で給付される額、利用者が負担する額を出します。

ステップ4：必要書類を記入します



- サービス利用票、サービス利用票別表、サービス提供票、サービス提供票別表を記入します。

ステップ5：必要書類を市役所介護保険課に届け出ます



- サービス利用票、サービス利用票別表、サービス提供票、サービス提供票別表を毎月届け出ます。計画が変更したときは、その都度届けが必要です。

ステップ6：サービス事業者にサービス提供票を送付します

【お問い合わせ先】

多摩市役所 介護保険課 認定給付係
〒206-8666 多摩市関戸六丁目12番地1
電話(直通) 042-338-6907

平成12年4月分 サービス利用票 (兼居宅サービス計画)

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号	1 4 0 0 X X	保険者名	〇〇市	居宅介護支援事業者事業所名 担当者名	〇〇ケアセンター△△事業所 電話番号XXXX-XXX-XXXX 〇〇 XX	作成年月日	平成 12年 3月15日	利用登録証	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	フリガナ被保険者氏名	〇〇 〇〇	保険者随記印		届出年月日	平成 年 月 日		
生年月日	明・ <u>太</u> ・昭 年 月 日	性別	男・女	要介護状態区分	要支援 1 2 3 <u>4</u> 5	訪問通所支給限度基準額 29000点/月 平成12年4月から 平成12年9月まで	短期入所支給限度基準額 21日/期間 平成12年4月から 平成12年9月まで	当月までの短期入所利用日数	0日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	日付 曜日	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数
				1 土	2 日	3 月	4 火	5 水	6 木	7 金	8 土	9 日	10 月	11 火	12 水	13 木	14 金	15 土	16 日	17 月	18 火	19 水	20 木	21 金	22 土	23 日	24 月	25 火	26 水	27 木	28 金	29 土	30 日	31 月	
7:00~ 8:00	家事援助3・早朝 夜間	HHH事業所	予定			1		1				1		1						1								1						8	
1:00~ 10:30	家事援助4	HHH事業所	予定	1						1																					1		4		
10:00~ 11:30	身体介護4	HHH事業所	予定		1			1				1																			1		7		
10:00~ 12:00	身体介護5	HHH事業所	予定			1						1														1							3		
10:00~ 16:00	通所リハ(Ⅲ)3中 度	XXX病院	予定																														3		
14:00~ 16:00	訪問看護3	ZZZ事業所	予定			1		1				1															1		1				8		
23:00~ 23:30	訪問介護I・深夜	KKK事業所	予定	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27		
	福祉用具貸与 車椅子	AAA事業所	予定																														1		
	福祉用具貸与 特殊寝台	AAA事業所	予定																														1		
	福祉用具貸与 エアーマット	AAA事業所	予定																														1		
	老健短期療養I・4	YYY施設	予定												1	1	1															3			
			実績																														3		
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

23

記入例

サービス利用票別表

記入例2-1

訪問通所区分支給限度管理・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	点数	回数	サービス 点数/金額	区分支給限度 基準を越える点数	区分支給限度 基準内点数	区分支給限度 基準を越える点数	区分支給限度 基準内点数	点数 単価	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)
HHH事業所	141299999	家事援助3・早朝夜間	112312	278	8	2224							
HHH事業所	141299999	家事援助4	112411	305	4	1220							
HHH事業所	141299999	身体介護4	111411	803	7	5621							
HHH事業所	141299999	身体介護5	111511	1022	3	3066							
HHH事業所	141299999	訪問介護合計				(12131)			1688	10443	10.00	10443	16880
XXX病院	141288888	通所(Ⅲ)3 中度	163321	546	3	1638				1638	10.00	1638	
YYY事業所	141277777	訪問看護3	131311	1119	6	6714				6714	10.00	6714	
YYY事業所	141266666	訪問介護1・深夜	111113	315	27	8505				8505	10.00	8505	
AAA事業所	141288888	福祉用具貸与車椅子	171001			800							
AAA事業所	141288888	福祉用具貸与特殊寝台	171003			600							
AAA事業所	141288888	福祉用具貸与じよく痞子防具	171005			300							
AAA事業所	141288888	福祉用具貸与合計				(1700)			1700	10.00	1700		
				区分支給限度 基準内(点)	29000	合計	30688		1688	29000		29000	16880

種類別支給限度管理

サービス種類	区分支給限度 基準内(点)	合計点数	区分支給限度 基準を越える点数	サービス種類	区分支給限度 基準内(点)	合計点数	区分支給限度 基準を越える点数
訪問介護				通所介護			
訪問入浴介護				通所(Ⅲ)リハビリ			
訪問看護				福祉用具貸与			
訪問(Ⅲ)リハビリ				合計			

短期入所区分支給限度管理・利用者負担計算

区分支給限度基準額(日)	前月までの利用日数	当月の計画利用日数	保険給付対象日数	区分支給限度基準を越える日数													
21	0	3	3	0	事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	点数	日 数	給付対象 日数	点数 単価	区分支給限度 基準内点数	利用者負担 (保険対象分)	対象外 日数	給付対象 外点数	利用者負担 (全額負担分)
					YYY施設	141266666	老健短期療養Ⅰ・4	221141	1157	3	3	10.00	3471	3471	0		

保険者番号	1 4 0 0 x x	保険者名	〇〇市	居宅介護支援事業者事業所名 担当者名	〇〇ケアセンター△△事業所 電話番号XXXX-XXX-XXXX 〇〇 xx	作成年月日	平成 12年 3月 16日			
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	フリガナ 被保険者氏名	〇〇 〇〇	保険者確認印		届出年月日	平成 年 月 日			
生年月日	明・太・昭 年 月 日	性別 男・女	要介護状態区分	要支援 1 2 3 4 5	訪問通所支給 限度基準額 限度額適用 期間	29000点/月 平成 12年 4月から 平成 12年 9月まで	短期入所支給 限度基準額 限度額管理 期間	21日/期間 平成 12年 4月から 平成 12年 9月まで	前月までの 短期入所 利用日数	0

月間サービス計画及び実績の記帳

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	日付 曜日	日																															合計 回数	
				1 土	2 日	3 月	4 火	5 水	6 木	7 金	8 土	9 日	10 月	11 火	12 水	13 木	14 金	15 土	16 日	17 月	18 火	19 水	20 木	21 金	22 土	23 日	24 月	25 火	26 水	27 木	28 金	29 土	30 日	31 月		
7:00~ 8:00	家事援助 3・早朝 夜間	HHH事業所	予定				1			1																										8
			実績				1			1																										8
1:00~ 10:30	家事援助4	HHH事業所	予定	1						1																									4	
			実績	1						1																										4
10:00~ 11:30	身体介護4	HHH事業所	予定		1																														7	
			実績		1																															7
10:00~ 12:00	身体介護5	HHH事業所	予定				1																												3	
			実績				1																													3
10:00~ 16:00	通所介護(Ⅲ)3中度	XXX病院	予定																																3	
			実績																																	3
14:00~ 16:00	訪問看護3	ZZZ事業所	予定																																8	
			実績																																	8
23:00~ 23:30	訪問介護1・深夜	KKK事業所	予定	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27	
			実績	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27	
	福祉用具貸与 車椅子	AAA事業所	予定																																1	
			実績																																	1
	福祉用具貸与 特殊寝台	AAA事業所	予定																																1	
			実績																																	1
	福祉用具貸与 エアーマット	AAA事業所	予定																																3	
			実績																																	3
	老健短期療養 I・4	YYY施設	予定																																3	
			実績																																	3
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	

第3表

週間サービス計画表

利用者名		殿							回		主な日常生活上の活動
		月	火	水	木	金	土				
深夜	4:00										
	6:00										
早朝	8:00										
	10:00										
午前	12:00										
	14:00										
午後	16:00										
	18:00										
夜	20:00										
	22:00										
深夜	24:00										
	2:00										
	4:00										

週単位以外のサービス	
------------	--

(注)「日課表」との選定による使用可。

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

										区 分					
										新規・変更					
被 保 険 者 氏 名 (本 人)					介 護 保 険 被 保 険 者 番 号										
フリガナ															
					生 年 月 日					性 別					
					明・大・昭 年 月 日					男・女					
居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者															
事業者の事業所名					事業所の所在地										
					〒										
					電話番号 ()										
事業所を変更する場合の事由等 *事業所を変更する場合のみ記入してください。															
										変更年月日 (平成 年 月 日付)					
<p>多摩市長 殿</p> <p>上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者(本人)</p> <p>氏名 電話番号 ()</p>															
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号													

(注意) 1. この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに多摩市へ提出してください。
 2. 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず多摩市に届け出してください。届出のない場合、サービスに係わる費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。