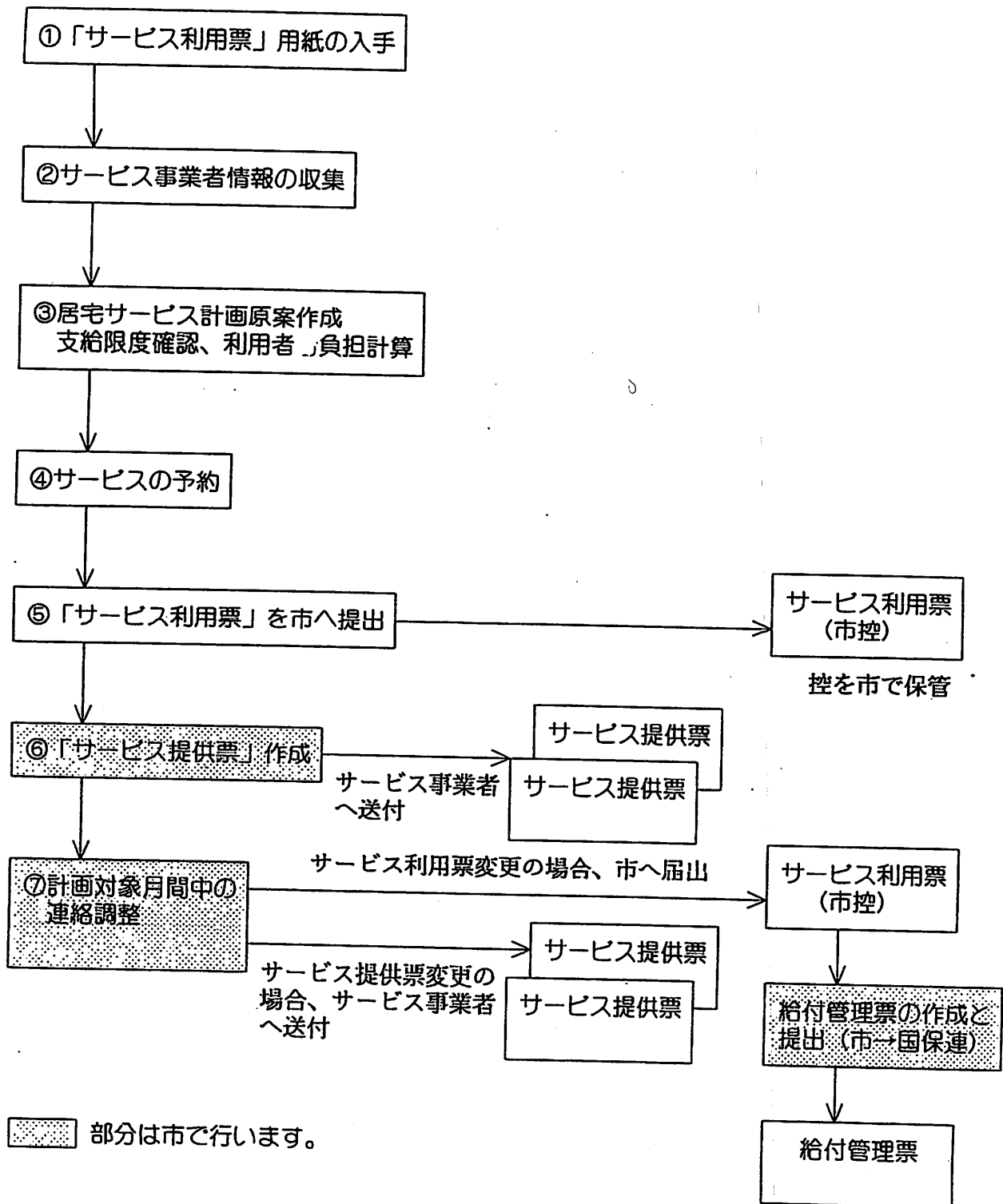


富山県 富山市

< 居宅サービス計画を自己作成される方へ >



- ①サービスを利用する前月の20日頃までにサービス利用票を市へ提出をお願いします。
- ②サービス事業者が変わったり、計画が変更になった場合は市へ連絡をお願いします。
- ③市よりサービス事業者へサービス提供票に確認印を押したものを送ります。
- ④サービス利用月の月末に市よりサービス事業者へサービス実績を確認します。
- ⑤市では実績に基づいて、給付管理票を国保連へ提出します。

*これらの手続がないと、保険給付がおこなわれなくなりますのでご注意ください。

お問合わせは、市介護保険課給付係まで ☎443-2193
介護サービス係

居宅サービス計画書(1)

初回・紹介・継続

(認定済)・申請中

利用者名 殿

生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 平成 年 月 日

初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 平成 年 月 日

認定の有効期間 年 月 日 年 月 日

要介護状態区分	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の介護に対する意向	----- ----- -----
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	----- ----- -----
総合的な援助の方針	----- ----- -----
家事援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()

居宅サービス計画書（2）

利用者名 _____ 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※1 「保険給付対象か否かの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

第3表

週間サービス計画表

利用者名 _____ 殿

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

週単位以外のサービス	
------------	--

第4表

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 殿 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 _____
開催日 _____ 年 月 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

サービス担当者に対する照会(依頼)内容

利用者名 _____ 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 _____

サービス担当者会議を開催しない理由 ないし会議に出席できない理由	
-------------------------------------	--

照会(依頼)先	照会(依頼)年月日	照会(依頼)内容	回答者氏名	回答年月日	回答内容

※サービス担当者会議を開催しない場合や会議に出席できない場合などに使用すること。

保険者番号	1 6 2 0 1 6	保険者名	富山市	居宅介護支援事業者事業所名 担当者名	作成年月日	平成 年 月 日	利用者確認			
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名	様	保険者確認印	届出 年月日	年 月 日				
生年月日	明・大・昭 年月 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	要介護 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	単位/月 限度額適用 期間	平成 年 月から 平成 年 月まで	前月までの 短期入所利用 日数	日

提供時間帯	サービス内容	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 曜日	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	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	

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	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	種別支給限度基準を超える単位数	種別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	種別支給限度基準額(単位)	合計単位数	種別支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種別支給限度基準額(単位)	合計単位数	種別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