

自己作成プランの手順

① 市役所に自己作成する旨を伝え居宅サービス計画作成依頼届出書を提出する

必要な提出書類を入手する

提出書類…居宅サービス計画書 1表～6表または介護予防プラン

サービス利用票、サービス利用票別表

その他、サービス提供事業者リスト（サービス事業者ガイドブック）、

介護給付費単位数サービスコード表等必要資料入手



② 予防プランまたはケアプランを作成する

どんなサービスを？

どれだけの量？

どこの事業者で？

計画にそって自分で事業者に電話予約、契約をします

(この予約がとれないと計画に記入できません)



③ 予防プランまたはケアプラン(新規・変更時)と

別紙1参照

別紙2参照

サービス利用票・サービス利用票別表を市役所に提出する

サービス提供票・サービス提供票別表を予約したサービス事業者に届ける



サービスを利用

別紙3参照

事業者と連絡調整して意思疎通を図ることが大切です

④ サービス事業者が記載した(サービス提供票の)実績を確認し、手元のサービス

利用票に転記する



⑤ サービスを利用した実績を記入したサービス利用票を市役所に提出する

(サービス利用月の翌月5日までに)

被保険者証または資格者証に記載された内容を転記します

記載不要です

認定済・申請中

平成 年 月分 サービス利用票 (兼居宅サービス計画)

保険者番号	1 6 2 0 2 4	保険者名	高岡市	居宅介護支援事業者事業所名		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		担当者名		届出年月日	平成 年 月 日			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	要介護状態区分 支1 支2 1 2 3 4 5	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
		変更後 要介護状態区分 支1 支2 1 2 3 4 5		変更日	平成 年 月 日					

サービス提供開始・終了時間を記載します。
(0:00~23:59)

月の途中で要介護状態区分に変更があった場合
変更後の要介護状態区分を○で囲み、変更日を
記載します

計画対象月までの短期入所利用
日数を記載します。新規申請中
の場合は0 (ゼロ) と記載

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	日付	月間サービス計画及び実績の記録																										
				1	2	3	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計				
			曜日				火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	回数					
			予定																											
			実績				1							1								1			4					
			予定																											

適用するサービスコードの
サービス名称を記載します

サービス提供を行う事業
所の名称を記載します

計画作成時の記入は不要です

提供回数の合計を記載
します

利用するサービス日にチェックし
ます (提供回数=1と記載)
福祉用具貸与の場合は記載不要

サービス利用票別表

福祉用具貸与の場合は記載不要

介護給付費単位数サービスコード表で調べて書きます

限度額の範囲内におさまっていれば記入は不要です

高岡市は10.00です

1割の自己負担分です

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												
Aデイサービスセンター	123××××	通所介護Ⅱ31	152441	677			4	2708				2708	10.00	27080	90	24372	2708	

利用するサービス事業者の名称を書きます

「サービス利用票」の「サービス内容」欄から転記します

1ヶ月の合計利用回数を書きます

1ヶ月の合計利用単位を書きます
(単位数×回数)

(区分支給限度基準内単位数×単位数単価)

9割は給付でまかなわれます
(費用総額×0.9)

事業所ごとのコード番号です。予約を入れたときに事業所に聞くといいでしょう

認定済・申請中

平成 年 月分 サービス利用票 (兼居宅サービス計画)

保険者 番号								保険者名		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		保険者確認印		届出 年月日	平成 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	支1 支2 1 2 3 4 5 支1 支2 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	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
08:30～ 16:29	通所介護Ⅱ 3 1	A デイサービス センター	予定							1						1						1							1					4	
			実績							1							1						1							1					4
	歩行補助つえ貸与	B 事業所	予定																															1	
			実績																																1
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

サービスを提供した事業者が記載した実績を確認して転記してください。
福祉用具貸与の場合は合計回数に“1”と記入します。