

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託マニュアル

目次

1. 総合事業の枠組み、業務委託の場合、業務委託実施報告書様式参考資料・・・2～3
2. 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託の流れ・・・4～22

【要支援認定者】

- ① 予防給付のみ利用する場合
- ② 予防給付と総合事業を利用する場合・・・4～9

【要支援認定者】

- ③ 総合事業のみ利用する場合・・・10～16

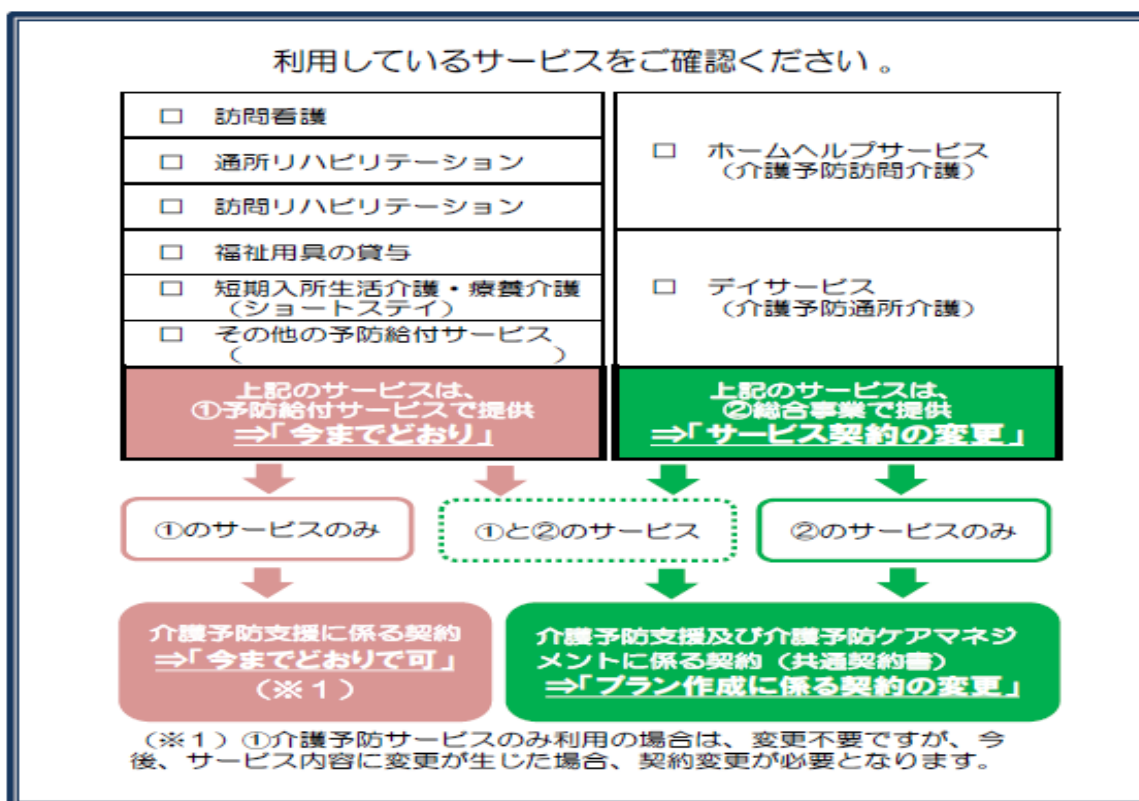
【事業対象者】

- ④ 総合事業を利用する場合・・・17～22

関係様式

4. 利用者基本情報、介護予防支援計画書、経過記録、評価表、利用票、利用票別表・・・23～28
5. 基本チェックリスト、実施対象者確認書、実施受付票・・・29～33
6. (例) 給付管理記入方法、給付管理票・・・34～35
7. (記入例) 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託完了届出書兼請求書・・・36
8. (記入例) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書・・・37
9. 【様式】 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託完了届出書兼請求書・・・38
10. 【様式A】 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書・・・39
11. 【様式B】 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書・・・40
12. 【様式C】 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書・・・41
13. 【様式D】 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書・・・42
14. 新規ケアマネジャー届出書、業務委託料口座振替届出書、契約変更届出書、マスタ登録届出書
・・・43～46

1. 総合事業の枠組み



* 業務委託の場合

ケアマネジメントAのみ、次の場合に委託可とします。

◎ 地域包括支援センターが、新規の介護予防ケアマネジメントを実施し、1クール(概ね3ヵ月～6ヵ月)終了後のケアプランの継続、変更の時点以後の場合は委託可。

【既にケアマネジャーが支援している場合】

◎ 委託により介護予防サービス計画を受けている方が、総合事業移行後に介護予防ケアマネジメントを行うことになった場合は委託可。(要介護から要支援になった場合も可)

◎ 夫婦ともに保険給付及び総合事業を利用する場合

◎ 障害福祉サービス利用者が介護保険に切り替わる場合。

◎ みなし2号で介護扶助を利用している方が、65歳に到達した場合

◎ 暫定利用をしていた方が、要支援認定を受けた場合

2. 業務委託実施報告書様式参考資料

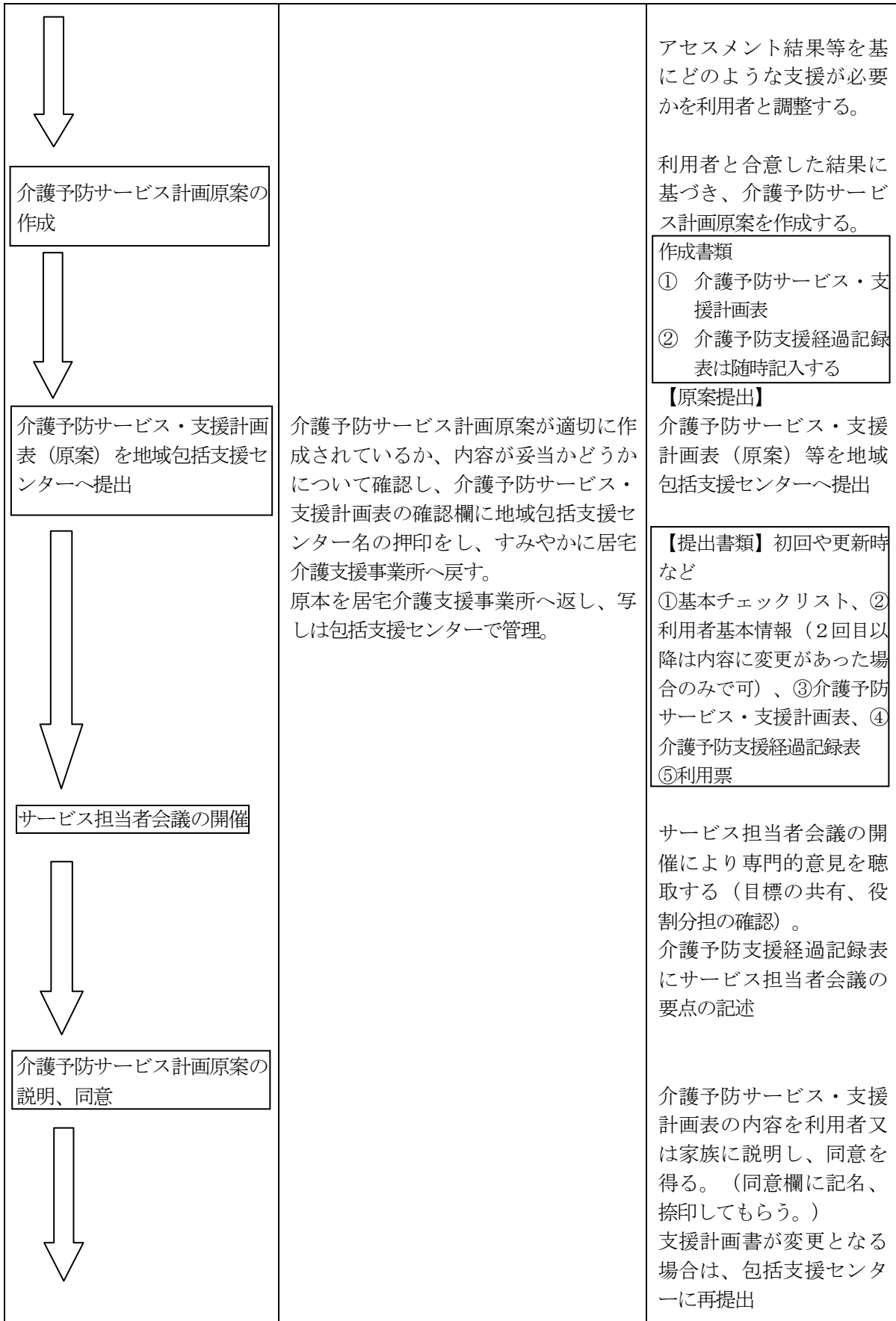
認定状況	利用するサービス	作成区分	支払区分	実施報告書様式
H29.1.1以降、 新規、変更、更新 により要支援認定 を受けた要支援 1・2の方	①予防給付のみ利用する場合	介護予防 サービス 計画	予防給付による 介護予防支援費 により 介護報酬による 支払	様式A
	②予防給付と総合事業を利用する 場合			様式B
	③総合事業のみ利用する場合	介護予防 ケアマネジ メント	総合事業から介 護予防ケアマネ ジメントの費用 支払	様式C
事業対象者	④総合事業を利用する場合			様式D

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託の流れ

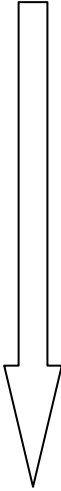
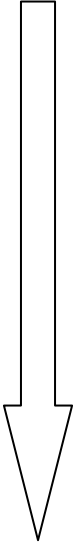
【要支援認定者】

- ① 予防給付のみ利用する場合
- ② 予防給付と総合事業を利用する場合

業務の流れ	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px;">介護認定審査会事務</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px;">委託契約</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px;">利用申し込み受付</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 10px;">契約の締結</div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アセスメントの実施</div>	<p>介護認定審査会の結果、要支援 1, 2 となった方の審査会結果及び審査会資料を福祉介護係から受理する。 対象者が介護予防サービスを希望しているか電話等で確認し、利用希望の場合は訪問する。</p> <p>居宅介護支援事業所の委託要件を確認の上で契約を結ぶ。 〈委託要件〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ いわき市介護保険運営協議会の承認を受けている事業所 ・ 新予防給付マネジメント研修を受けている事業所 <p>対象者宅訪問のうえ、重要事項説明書を交付し、説明・同意を得る。（希望居宅介護支援事業所を確認する）</p> <p>被保険者証を確認の上、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を記入してもらい、被保険者証とともに福祉介護係へ届け出る。介護予防サービス計画作成依頼届出書及び被保険者証の写しをとり、個人ファイルへ綴る。 ※ 市内異動時で所管の地域包括支援センターが異動する場合は再度届出が必要。</p> <p>居宅介護支援事業所へ委託を行う。認定調査結果及び主治医意見書を委託先の居宅介護支援事業所に渡す。（本人の同意を得ている方のみ）</p>	<p>NPO法人「地域福祉ネットワークいわき」との委託契約を結ぶ。</p> <p>利用者宅を訪問し、利用者の基本情報を確認した後、基本チェックリスト表を用いて利用者及び家族に対してアセスメントを行う。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>作成書類</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 利用者基本情報 ② 基本チェックリスト ③ 介護予防サービス支援計画書 </div>



<div data-bbox="220 264 555 340" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護予防サービス計画表の 交付</div> <div data-bbox="231 365 288 512" style="text-align: center;">↓</div> <div data-bbox="225 521 384 555" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">モニタリング</div> <div data-bbox="231 577 288 1003" style="text-align: center;">↓</div> <div data-bbox="225 1064 280 1097" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">評価</div> <div data-bbox="231 1137 288 1630" style="text-align: center;">↓</div> <div data-bbox="225 1646 384 1680" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">給付管理業務</div> <div data-bbox="231 1697 288 1937" style="text-align: center;">↓</div>	<p data-bbox="576 1048 1038 1234">居宅介護支援事業所が行った評価について確認を行い、今後の方針等について必要な助言・指導を行い、すみやかに居宅介護支援事業所へ戻す。 原本は居宅、写しは包括で管理。</p>	<p data-bbox="1064 271 1374 495">利用者、サービス事業所担当者へ介護予防サービス・支援計画表、（※サービス利用提供票・別表）を交付する。 ※様式は問わない</p> <p data-bbox="1064 544 1374 999">サービスの実施状況等に関する報告をサービス事業所から月に1回は聴取する。 また少なくとも、サービス提供開始月の翌月から起算して3ヶ月に1回は、利用者宅を訪問し、計画の実施状況の把握を行う。 介護予防支援経過記録表へ記入する。</p> <p data-bbox="1064 1048 1374 1193">最長12ヶ月に1回、計画の達成状況について評価を行う。評価表を作成し、包括へ提出。</p> <div data-bbox="1070 1238 1374 1630" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【提出書類】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 介護予防サービス評価表 ② サービス事業所評価表（個別プログラム記入） ③ 継続利用の場合は更新プランの原案 ④ 支援経過記録 </div> <p data-bbox="1064 1671 1374 1776">毎月初めに、前月の介護保険サービスの利用実績を確認する。</p>
---	---	--

		<p>地域包括支援センターに翌月4日（特別な場合は別途調整）まで書類を提出する。（4日までであれば地区外包括分の提出も可能）</p>
<p>介護報酬の請求</p>	<p>毎月10日までに、給付管理票を取りまとめ、国保連に請求し、介護予防支援の報酬を受領する。</p>	<p>【提出書類】 ①利用者ごとの給付管理票、②サービス利用票・別表（定額報酬以外のサービス利用の場合は必須）</p> <p>委託料請求は10日まで提出。</p>
		<p>【提出書類】 ① 介護予防支援業務実施報告書（月毎に様式Aまたは様式Bを作成） ② 介護予防支援業務完了報告書兼請求書（月遅れ請求分も併せて1枚で提出）</p>
<p>日常の利用者、サービス提供事業者との連絡、調整</p>		<p>随時対応し、介護予防サービス計画の変更の必要性がある場合など、必要に応じて地域包括支援センターに報告する。</p>

介護予防支援及び介護ケアマネジメント業務について

1 期間の設定

最長で12ヶ月

2 期間設定の考え方

○新規利用

プラン期間 3～6ヶ月

- ※ この場合の「新規」とは、①要支援認定による初回サービス計画書作成、（要介護認定から要支援認定となった場合も含む）、状況に変化が見込まれず、継続して同様のサービスを利用する場合、②短期集中予防サービスを利用する場合。

○継続利用

プラン期間 3～12ヶ月

- ※ 利用者の状況に変化が見込まれず、継続して同様のサービスを利用する場合

3 利用者の状況把握

介護予防通所サービス事業所訪問や電話連絡。サービス提供事業所による提供状況や利用者の状態等に関する報告・連絡等（月に1回）。これらの実施状況については「支援経過記録」に随時内容を記載。

（介護予防支援等の運営基準より抜粋）

4 利用者の居宅訪問について

原則としてアセスメント時及びサービス評価終了月ならびにその間の3ヶ月に1回は少なくとも実施。また、状況変化があった場合やその他必要に応じて実施。

（平成18年度第2回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会資料より抜粋）

5 評価表の作成

①プラン継続の場合（プラン期間終了時に作成）

②介護申請等による期間途中での介護度の変更があった場合（支援状態終了時に作成）

③目標達成による終了時に作成

6 サービス担当者会議の開催について

新規・更新・変更時に開催。

やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該介護予防サービスの原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めることとする。

- ※ やむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合。

（指定介護予防支援等の事業の人員及び運営ならびに指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準より抜粋）

7 サービス事業所評価について

サービス提供事業所からの結果報告は月ごとに受けるが、サービス事業所が行う評価票作成・提出はプランの実施期間にあわせて実施。（個別サービス計画に基づく目標達成状況の評価。プラン期間が12ヶ月であれば12ヶ月で作成。しかし、個別サービス計画期間が予防プランの設定よりも短い場合は個別サービス期間終了時点で作成する。）

8 居宅介護支援事業所から包括へ提出してもらう書類（2回目以降のプランの場合）

- ① 前回プランの評価表（ケアマネ作成）
- ② 前回プランに基づくサービス事業所評価表
- ③ 支援経過記録
- ④ 評価表に基づき作成した新プラン（原案）
- ⑤ サービス利用（提供）票（※法上の規定がないことから必須ではない）
- ⑥ 更新時において基本チェックリスト
- ⑦ 契約内容に変更があった場合
 - 住所、代表者→契約事項変更届
 - 口座名義→口座振替届出書
 - 新規ケアマネジャー→新規ケアマネジャー届出書
 - 居宅の住所、サービス加算の変更→マスター届出書

9 委託終了時の取り扱い

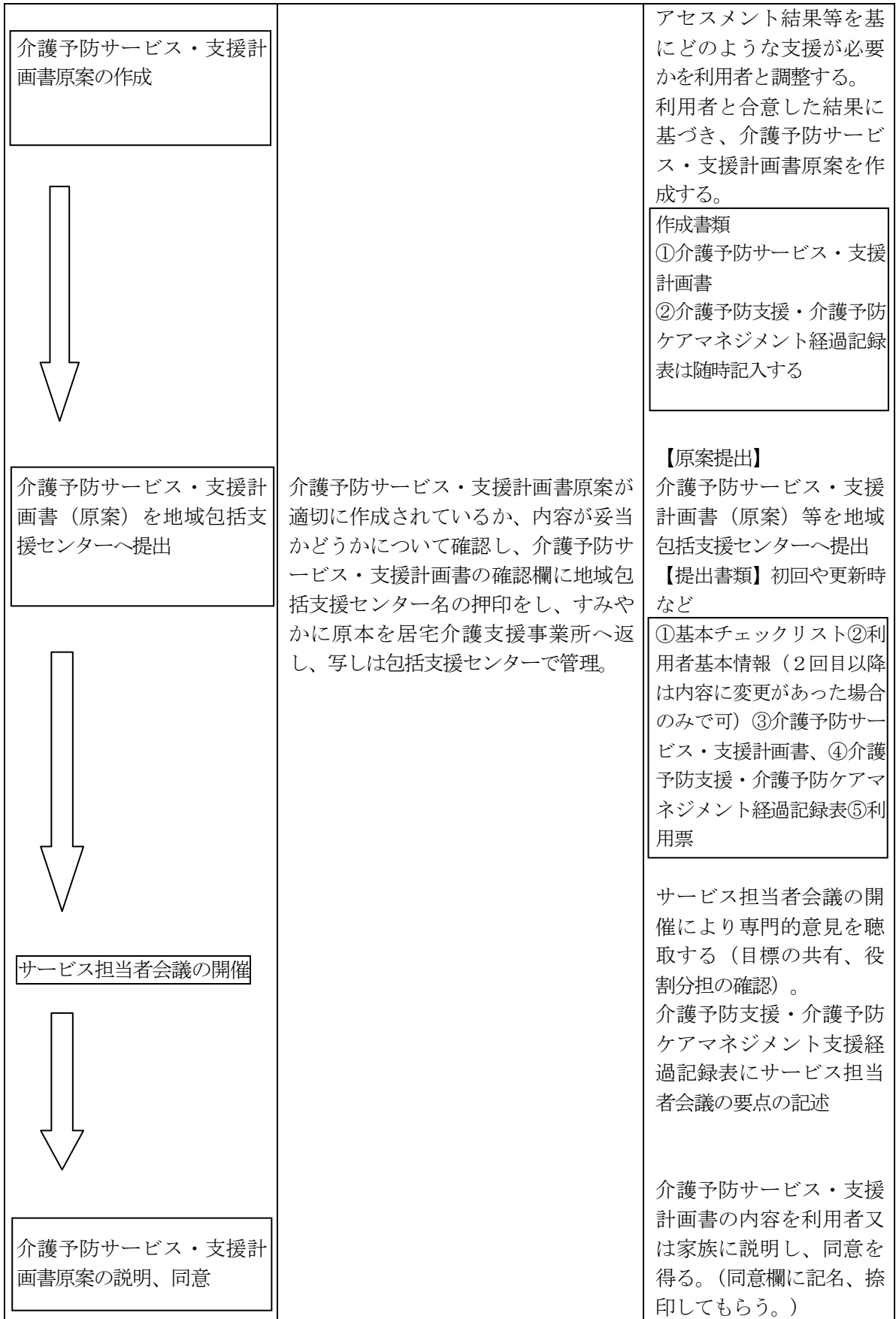
認定結果で「要介護」になった場合や地域包括支援センターが直接担当する場合は、居宅介護支援事業所で管理している利用者関連の書類（本人の署名・捺印がある書類については原本、その他地域包括支援センターが必要とする書類についてはコピー可）を担当の地域包括支援センターへ提出。

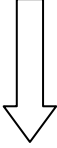
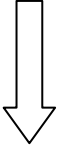
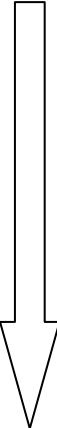
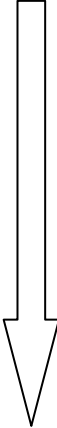
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託の流れ

【要支援認定者】

③ 総合事業のみ利用する場合

業務の流れ	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">介護認定審査会事務</div>	<p>介護認定審査会の結果、要支援 1, 2 となった方の審査会結果及び審査会資料を福祉介護係から受理する。</p> <p>居宅介護支援事業所に利用者が総合事業の利用を希望しているか電話等で確認し、利用希望の場合は訪問する。</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">委託契約</div> 	<p>居宅介護支援事業所の委託要件を確認の上で契約を結ぶ。</p> <p>〈委託要件〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ いわき市介護保険運営協議会の承認を受けている事業所 ・ 新予防給付マネジメント研修を受けている事業所 	NPO法人「地域福祉ネットワークいわき」との委託契約を結ぶ。
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">利用申し込み受付</div>	<p>対象者宅訪問のうえ、重要事項説明書を交付し、説明・同意を得る。</p>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">契約の締結</div> 	<p>被保険者証を確認の上、介護予防サービス支援計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を記入してもらい、福祉介護係へ届け出る。介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書の写しをとり、個人ファイルへ綴る。</p> <p>※ 市内異動時で所管の地域包括支援センターが異動する場合は再度届出が必要。</p>	<p>既サービス利用者で、訪問型・通所型サービスを利用している方については、既に介護予防サービス計画作成依頼の提出を受けていますが、事業の枠組みが変わるため、依頼届の提出を求める必要がある。包括支援センター届出の提出を依頼。</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">アセスメントの実施</div> 	<p>居宅介護支援事業所へ委託を行う。認定調査結果及び主治医意見書を委託先の居宅介護支援事業所に渡す。（本人の同意を得ている方のみ）</p>	<p>利用者宅を訪問し、利用者の基本情報を確認した後、基本チェックリスト表を用いて利用者及び家族に対してアセスメントを行う。</p>
		<p>作成書類</p> <ul style="list-style-type: none"> ①利用者基本情報 ②基本チェックリスト ③介護予防サービス・支援計画書



 <div data-bbox="212 504 553 593" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 介護予防サービス・支援計画書の交付 </div>  <div data-bbox="212 795 375 840" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> モニタリング </div>  <div data-bbox="212 1332 279 1377" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 評価 </div> 	<p>居宅介護支援事業所が行った評価について確認を行い、今後の方針等について必要な助言・指導を行い、原本はすみやかに居宅介護支援事業所に返し、写しは包括で管理。</p>	<p>支援計画書が変更となる場合は、地域包括支援センターに再提出</p> <p>利用者、サービス事業所担当者へ介護予防サービス・支援計画書、（*サービス利用提供票・別表）を交付する。 ※様式は問わない</p> <p>サービスの実施状況等に関する報告をサービス事業所から月に1回は聴取する。 また少なくとも、サービス提供開始月の翌月から起算して3ヶ月に1回は、利用者宅を訪問し、計画の実施状況の把握を行う。 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録表へ記入する。</p> <p>設定したケアプランの実施期間、終了時に目標の達成状況を評価し、利用者と共に新たな目標の設定や利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。評価表を作成し、包括へ提出。</p>
--	--	---

<p style="text-align: center;">給付管理業務</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">介護報酬の請求</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">日常の利用者、サービス提供事業者との連絡、調整</p>	<p>毎月10日までに、給付管理票を取りまとめ、国保連に請求し、介護予防マネジメント費の報酬を受領する。</p>	<p>【提出書類】</p> <p>①介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表</p> <p>②サービス事業所評価表（個別プログラム記入）</p> <p>③継続利用の場合は更新プランの原案</p> <p>④介護予防支援・介護予防ケアプラン支援経過記録</p> <p>毎月初めに、前月の介護予防サービスの利用実績を確認する。</p> <p>地域包括支援センターに翌月4日（特別な場合は別途調整）まで書類を提出する。（4日までであれば地区外包括分の提出も可能）</p> <p>【提出書類】</p> <p>①利用者ごとの給付管理票、②サービス利用票・別表（定額報酬以外のサービス利用の場合は必須）</p> <p>委託料請求は10日まで提出。</p> <p>【提出書類】</p> <p>③介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書(月毎に様式C作成)</p> <p>④介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務完了報告書兼請求書（月遅れ請求分も併せて1枚で提出）</p> <p>随時対応し、介護予防サービス計画の変更の必要性がある場合など、必要に応じて地域包括支援センターに報告する。</p>
---	--	---

介護予防ケアマネジメント業務について

- 1 期間の設定
最長で12ヶ月
- 2 期間設定の考え方
 - 新規利用
プラン期間 3～6ヶ月
 - ※ この場合の「新規」とは、①要支援認定による初回サービス計画書作成、（要介護認定から要支援認定となった場合も含む）、状況に変化が見込まれず、継続して同様のサービスを利用する場合、②短期集中予防サービスを利用する場合。
 - 継続利用
プラン期間 3～12ヶ月
 - ※ 利用者の状況に変化が見込まれず、継続して同様のサービスを利用する場合
- 3 利用者の状況把握
介護予防通所サービス事業所訪問や電話連絡。サービス提供事業所による提供状況や利用者の状態等に関する報告・連絡等（月に1回）。これらの実施状況については「支援経過記録」に随時内容を記載。
（介護予防支援等の運営基準より抜粋）
- 4 利用者の居宅訪問について
原則としてアセスメント時及びサービス評価終了月ならびにその間の3ヶ月に1回は少なくとも実施。また、状況変化があった場合やその他必要に応じて実施。
（平成28年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント説明会資料より抜粋）
- 5 評価表の作成
 - ①プラン継続の場合（プラン期間終了時に作成）
 - ②介護申請等による期間途中で介護度の変更があった場合（支援状態終了時に作成）
 - ③目標達成による終了時に作成
- 6 サービス担当者会議の開催について
新規・更新・変更時に開催。
やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該介護予防サービスの原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めることとする。
※ やむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合。
（指定介護予防支援等の事業の人員及び運営ならびに指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準より抜粋）
- 7 サービス事業所評価について
サービス提供事業所からの結果報告は月ごとに受けるが、サービス事業所が行う評価票作成・提出はプランの実施期間にあわせて実施。（個別サービス計画に基づく目標達成状況の

評価。プラン期間が12ヶ月であれば12ヶ月で作成。しかし、個別サービス計画期間が予防プランの設定よりも短い場合は個別サービス期間終了時点で作成する。)

8 居宅介護支援事業所から包括へ提出してもらう書類（2回目以降のプランの場合）

- ①前回プランの評価表（ケアマネ作成）
- ②前回プランに基づくサービス事業所評価表
- ③支援経過記録
- ④評価表に基づき作成した新プラン（原案）
- ⑤サービス利用（提供）票（※法上の規定がないことから必須ではない）
- ⑥更新時において基本チェックリスト
- ⑦契約内容に変更があった場合
 - 住所、代表者→契約事項変更届
 - 口座名義→口座振替届出書
 - 新規ケアマネジャー→新規ケアマネジャー届出書
 - 居宅の住所、サービス加算の変更→マスター届出書

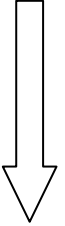
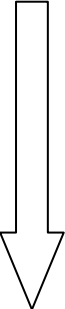
9 委託終了時の取り扱い

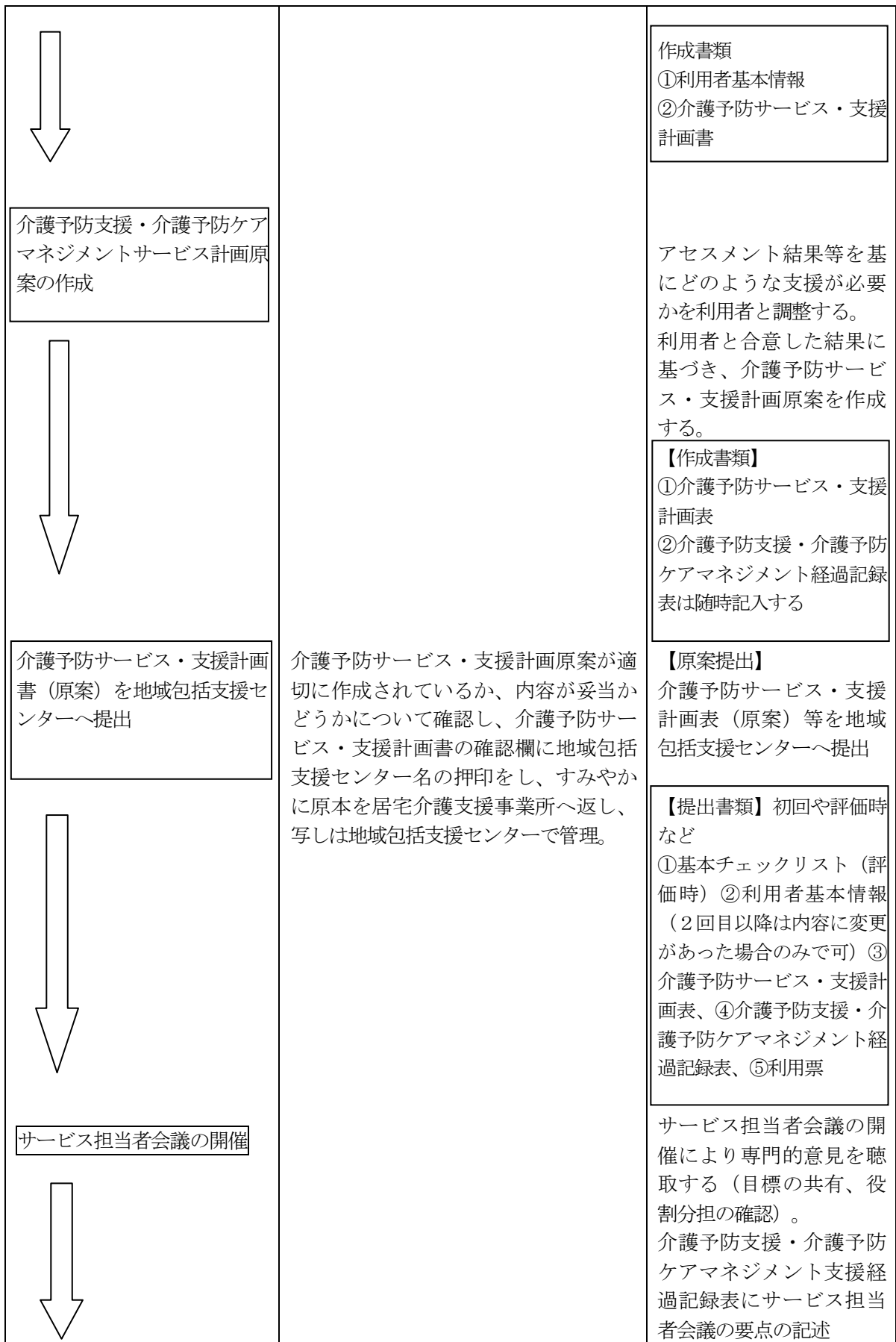
認定結果で「要介護」になった場合や地域包括支援センターが直接担当する場合は、居宅介護支援事業所で管理している利用者関連の書類（本人の署名・捺印がある書類については原本、その他地域包括支援センターが必要とする書類についてはコピー可）を担当の地域包括支援センターへ提出。

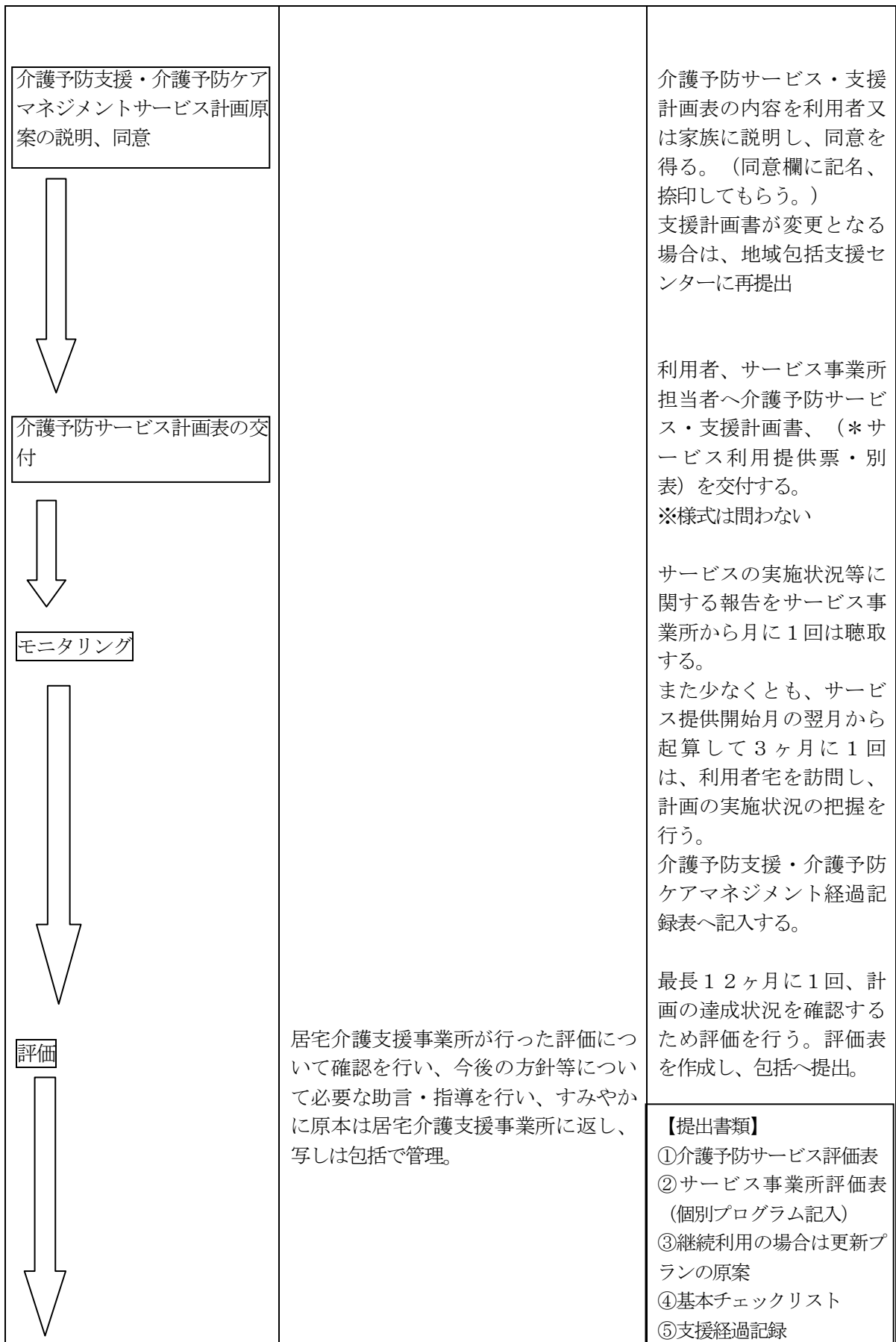
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託の流れ

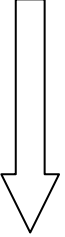
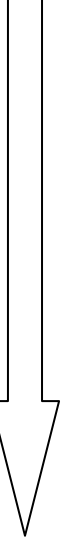
【事業対象者】

④ 総合事業を利用する場合

業務の流れ	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所
<p>委託契約</p> 	<p>NPO法人地域福祉ネットワークいわきと居宅介護支援事業所が委託契約締結をしていることが前提。</p>	<p>NPO法人「地域福祉ネットワークいわき」と委託契約を結ぶ。</p>
<p>基本チェックリスト受付</p> <p>利用申し込み受付</p>	<p>居宅介護支援事業所がチェックリストを実施した場合⇒チェックリスト等の提出書類を受理し、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を地区センターへ代理提出。 地区センターから受付確認票及び被保険者証を受理。 委託の場合は、被保険者証を居宅介護支援事業所へ送付。</p>	<p>基本チェックリストを実施した場合⇒地域包括支援センターへ提出。</p> <div data-bbox="1074 866 1390 1202" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【提出書類】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チェックリスト実施対象者確認表票(原本) ・チェックリスト実施受付票(原本) ・チェックリスト(原本) ・被保険者証(回収した場合) </div> <p>被保険者証は、地域包括支援センターから居宅介護支援センターへ送付。 ⇒対象者へ交付する。</p>
<p>契約の締結</p>  <p>アセスメントの実施</p>	<p>対象者宅訪問のうえ、重要事項説明書を交付し、説明・同意を得る。</p> <p>※ 市内異動時で所管の地域包括支援センターが異動する場合は再度届出が必要。</p> <p>居宅介護支援事業所へ委託を行う。 (本人の同意を得ている方のみ)</p>	<p>利用者宅を訪問し、利用者の基本情報を確認した後、利用者及び家族に対してアセスメントを行う。</p>





<p data-bbox="213 365 371 398">給付管理業務</p>  <p data-bbox="213 712 399 745">介護報酬の請求</p>  <p data-bbox="213 1668 555 1736">日常の利用者、サービス提供事業者との連絡、調整</p>	<p data-bbox="582 734 1050 884">毎月10日までに、給付管理票を取りまとめ、市に請求し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの報酬を受領する。</p>	<p data-bbox="1077 230 1390 338">毎月初めに、前月の介護予防サービスの利用実績を確認する。</p> <p data-bbox="1077 387 1390 607">地域包括支援センターに翌月4日（特別な場合は別途調整）まで書類を提出する。（4日までであれば地区外包括分の提出も可能）</p> <p data-bbox="1090 660 1214 689">【提出書類】</p> <p data-bbox="1077 698 1390 842">①利用者ごとの給付管理票、②サービス利用票・別表（定額報酬以外のサービス利用の場合は必須）</p> <p data-bbox="1077 891 1390 958">委託料請求は10日まで提出。</p> <p data-bbox="1098 1010 1225 1039">【提出書類】</p> <p data-bbox="1077 1048 1390 1191">①介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書（月毎に様式Dを作成）</p> <p data-bbox="1077 1200 1390 1344">②介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務完了報告書兼請求書（月遅れ請求分も併せて1枚で提出）</p> <p data-bbox="1077 1592 1390 1776">随時対応し、介護予防サービス計画の変更の必要性がある場合など、必要に応じて地域包括支援センターに報告する。</p>
--	---	--

介護予防ケアマネジメント業務の流れについて

1 期間の設定

最長で12ヶ月

2 期間設定の考え方

○新規利用

プラン期間 3～6ヶ月

※ この場合の「新規」とは、①新規基本チェックリスト活用による初回サービス計画・支援計画書を作成（要介護認定から総合事業対象者となった場合を含む）、状況に変化が見込まれず、継続して同様のサービスを利用する場合、②短期集中予防サービスを利用する場合。

3 利用者の状況把握

介護予防通所サービス事業所訪問や電話連絡。サービス提供事業所による提供状況や利用者の状態等に関する報告・連絡等（月に1回）。これらの実施状況については「支援経過記録」に随時内容を記載。

（介護予防支援等の運営基準より抜粋）

4 利用者の居宅訪問について

介護予防支援と同様に、少なくとも3ヵ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、訪問して面接。

また、状況変化があった場合は、必要に応じて計画の見直しを行います。

それ以外の月において、可能な限り、サービス利用先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合には、電話等により利用者と連絡をとる。

（平成28年度介護予防支援・介護予防ケアマネジメント説明会資料より抜粋）

5 評価表の作成

①プラン継続の場合（プラン期間終了時に作成）

②介護申請等による期間途中での介護度の変更があった場合（対象者以外の認定結果の場合に作成）

③目標達成による終了時に作成

6 サービス担当者会議の開催について

新規・更新・変更時に開催。

やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該介護予防サービスの原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めることとする。

※ やむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合。

（指定介護予防支援等の事業の人員及び運営ならびに指定介護予防支援に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準より抜粋）

7 サービス事業所評価について

サービス提供事業所からの結果報告は月ごとに受けるが、サービス事業所が行う評価票作

成・提出はプランの実施期間にあわせて実施。（個別サービス計画に基づく目標達成状況の評価。プラン期間が6ヶ月であれば6ヶ月で作成。しかし、個別サービス計画期間が予防プランの設定よりも短い場合は個別サービス期間終了時点で作成する。）

8 居宅介護支援事業所から包括へ提出してもらう書類（2回目以降のプランの場合）

- ① 前回プランの評価表（ケアマネ作成）
- ② 前回プランに基づくサービス事業所評価表
- ③ 支援経過記録
- ④ 評価表に基づき作成した新プラン（原案）
- ⑤ サービス利用（提供）票（※法上の規定がないことから必須ではない）
- ⑥ 基本チェックリスト（必要に応じて聴取した場合）
- ⑦ 契約内容に変更があった場合
住所、代表者→契約事項変更届
口座名義→口座振替届出書
新規ケアマネジャー→新規ケアマネジャー届出書
居宅の住所、サービス加算の変更→マスター届出書

9 委託終了時の取り扱い

認定結果で「要介護」になった場合や地域包括支援センターが直接担当する場合は、居宅介護支援事業所で管理している利用者関連の書類（本人の署名・捺印がある書類については原本、その他地域包括支援センターが必要とする書類についてはコピー可）を担当の地域包括支援センターへ提出。

※基本チェックリストの再実施について

基本チェックリストの結果には、有効期間はない。しかし、一般介護予防へ移行した後や、一定期間（12ヵ月程度を目安とする）サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合は、状況変化を確認するため、再度、要介護・要支援認定の必要背の判断を行い、必要に応じて基本チェックリストを行います。

10 基準支給限度額の増額確認について

市への申請は原則事前申請である。申請後、限度額が増額になった場合は、すみやかに包括支援センターに介護予防ケアマネジメントに係る基準支給限度額増額確認書と増額後の被保険者証の写しを提出する。

利用者基本情報シート

《基本情報》 No 1

作成担当者: _____

作成日	()	作成場所	<input type="radio"/> 所内 <input checked="" type="radio"/> 自宅 <input type="radio"/> その他	立ち合者	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	介保番号													
氏名	性別	生		歳	本人の状況	<input type="radio"/> 在宅 <input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 入所													
	女	Tel		住所															
認定・総合事業情報	非	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	無	障害高齢者の日常生活自立度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	有効期限	~								前	認知症高齢者の日常生活自立度	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	基本チェックリスト結果: 事業対象者 該当あり ・ 該当なし										基本チェックリスト実施日: 平成 年 月 日								
障害認定等	身障				精神				難病				療育						
本人の住居環境	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 集合住宅	<input type="checkbox"/> 自室	階	住宅改修	経済状況				<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生共済	<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障害	収入月額	円程度							
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先				家族構成												
							<input checked="" type="radio"/> 単身												
							<input type="radio"/> 高齡												
							<input type="radio"/> 日独												
家族の状況									<input type="radio"/> 日高										
									<input type="radio"/> その他										
	<small>◎=本人 ○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)</small>																		

《介護予防に関する事項》

今までの生活							
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	一日の生活・過ごし方				趣味・楽しみ・特技		
	時間	本人	家族	夫が亡くなり			
					友人・地域との関係		

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名(意見書作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容等
		連絡先	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過中 <input type="checkbox"/> その他	
		連絡先	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過中 <input type="checkbox"/> その他	
		連絡先	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過中 <input type="checkbox"/> その他	
		連絡先	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過中 <input type="checkbox"/> その他	

《現在使用しているサービス》

公 的 サ ー ビ ス	非 公 的 サ ー ビ ス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

原本はA3
で使用

介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表)

※ケアマネジメント結果等記録表として使用する場合は、継続し部分の記載は省略可能。

NO. _____ 利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回・紹介・継続 _____ 認定済・申請中 _____ 要支援1・要支援2 _____ 事業対象者 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合、計画作成事業者・事業所名及び所在地(運輸先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当地域包括支援センター _____

目標とする生活 _____ 1年 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題(背景、原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体的な提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画						
							目標についてのポイント	本人等のリテラシーや意欲の支援、インフォーマルサービス(高齢者サービス)	介護保険サービス(特定居宅支援等)(特定居宅サービスの)	サービス提供	事業所(利用先)	期間	
運動・移動について		「有」 「無」											
日常生活(家庭生活)について		「有」 「無」											
社会参加(対人関係・コミュニケーション)について		「有」 「無」											
健康管理について		「有」 「無」											

健康状態について _____

口至居宅要見舞、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点 _____

【本表行うべき支援が実施できない場合】
実質的な支援の実施に向けた方針 _____

【意見】 _____

計画に関する留意点 _____

上記計画について、同意いたします。 _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____

基本チェックリストの(該当した項目数)/(質問項目数)を記入してください。地域支援事業の場合はひるような事業プログラム内の数値に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/5	/2	/3	/2	/3	/5

予防給付または地域支援事業 _____

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)サービス評価表

評価日

利用者氏名

様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

- 介護給付
- 予防給付
- 介護予防・生活支援サービス事業
- 一般介護予防事業
- 終了

- プラン継続
- プラン変更
- 終了

平成 年 月 分 サービス利用票別表

作成年月日 平成 年 月 日

区分支給限度管理・利用者負担計算

業務所名	業務所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		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	区分支給限度 基準以内 単位数	区分支給限度 基準を超える 単位数	区分支給限度 基準以内 単位数	単位数 単価	費用総額 保険/専業分	給付率 (%)	保険/専業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/専業分	利用者負担 (金額負担分)																		
					率%	単位数																															
合計																			0																		

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(単位)	合計単位数	種類支給限度基準各 超える単位数
		0					0
		0					
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	実際利用日数

基本チェックリスト

被保険者氏名

生年月日 M・T・S 年 月 日

記入日 平成 年 月 日 ()

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付けください)		
1	バスや電車で1人で外出していますか	0: はい	1: いいえ	/5
2	日用品の買物をしていますか	0: はい	1: いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0: はい	1: いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0: はい	1: いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0: はい	1: いいえ	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0: はい	1: いいえ	/5
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0: はい	1: いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0: はい	1: いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1: はい	0: いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1: はい	0: いいえ	
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1: はい	0: いいえ	/2
12	身長= c m 体重= k g (BMI=)	1: はい	0: いいえ	
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1: はい	0: いいえ	/3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1: はい	0: いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	1: はい	0: いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0: はい	1: いいえ	/2
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1: はい	0: いいえ	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1: はい	0: いいえ	/3
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0: はい	1: いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1: はい	0: いいえ	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1: はい	0: いいえ	/5
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1: はい	0: いいえ	
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1: はい	0: いいえ	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1: はい	0: いいえ	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1: はい	0: いいえ	

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

基本チェックリスト実施対象者確認票（記載例）

記入年月日 平成29年1月1日

氏 名	梅本 タロウ (88 歳)
認定状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護

※以下の3～11のひとつでも「はい」に該当する場合、要介護・要支援認定が必要です。

項 目	確 認 事 項	はい	いいえ
希 望 す る サ ー ビ ス	1 訪問型サービスを利用したい。 備考（希望する支援の内容など） 買い物の支援を受けたい	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 通所型サービスを利用したい。 備考（希望する支援の内容など）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 保険給付のサービスを利用したい。 (1) 福祉用具貸与・購入 (2) 短期入所 (3) 通所リハビリ (4) 訪問入浴 (5) 訪問看護 (6) 住宅改修 (7) その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 施設等への入所を希望している。(例：GH、特養、老健)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	5 病気や怪我で入院中（又は療養中）であり、主治医に要介護・要支援認定申請を勧められた。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本 人 の 状 態	6 年齢が64歳以下である。(第2号被保険者は要介護・要支援認定申請を行う)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	7 杖や歩行器を使っても一人で歩行ができない。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	8 着替え・食事・入浴が一人で出来ない。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	9 排泄に手助けが必要である。 (例：ズボン・パンツの上げ下げができない。排泄直後の間トイレ周りの掃除が必要。)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	10 認知症の悪化により日常生活に支障がある。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	11 寝たきりである	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

対応者	所属	氏名	
-----	----	----	--

※ 基本チェックリストを実施した場合、チェックリスト（写し）と併せて地域包括支援センターへ情報提供してください。

基本チェックリスト実施対象者確認票

※この確認票は、職員が活用するもので、相談者が記載するものではありません。

※基本チェックリスト活用可否の判断に使用するものであり、その結果をもって要介護要支援認定申請を妨げるものではないことに留意すること。

記入年月日 平成 年 月 日

氏名	(歳)
認定状況	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護

※以下の3～11のひとつでも「はい」に該当する場合、要介護・要支援認定が必要です。

項目	確認事項	はい	いいえ
希望するサービス	1 訪問型サービスを利用したい。 備考（希望する支援の内容など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 通所型サービスを利用したい。 備考（希望する支援の内容など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 保険給付のサービスを利用したい。 (1) 福祉用具貸与・購入 (2) 短期入所 (3) 通所リハビリ (4) 訪問入浴 (5) 訪問看護 (6) 住宅改修 (7) その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 施設等への入所を希望している。(例：GH、特養、老健)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 病気や怪我で入院中（又は療養中）であり、主治医に要介護・要支援認定申請を勧められた。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本人の状態	6 年齢が64歳以下である。（第2号被保険者は要介護・要支援認定申請を行う）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 杖や歩行器を使っても一人で歩行ができない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 着替え・食事・入浴が一人で出来ない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 排泄に手助けが必要である。 (例：ズボン・パンツの上げ下げができない。排泄直後のトイレ周りの掃除が必要。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10 認知症の悪化により日常生活に支障がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 寝たきりである	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

対応者	所属	氏名
-----	----	----

※ 基本チェックリストを実施した場合、チェックリスト（写し）と併せて地域包括支援センターへ情報提供してください。

基本チェックリスト実施受付票

1 被保険者記入欄

被保険者番号	0 0 0 7 7 7 7 7 7 7	記入日	平成29年1月1日
ふりがな 氏 名	うめもと たろう 梅本 太郎 (男・女)	生年月日	明治・大正・昭和 20年6月19日(72歳)
住 所	〒970-8686 平字梅本21	電話番号	22-1111
記入者 (本人以外)	うめもと はなこ 梅本 花子	記入者連絡先	22-1202
連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 記入者 <input type="checkbox"/> その他 (Tel)		

2 同意欄

(1) 基本チェックリストの実施について

介護予防・日常生活支援サービス事業の利用にあたり、基本チェックリストを実施することに同意します。

(2) 個人情報の取り扱いについて

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを実施するにあたり、被保険者本人の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト等の内容を、居宅介護支援事業所、その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成29年1月1日

本人氏名 梅本 太郎

(代理人氏名) 梅本 花子

(本人との関係 長女)

3 基本チェックリスト実施結果

複数の項目	運動機能	栄養状態	口腔機能	閉じこもり	認知機能	うつの可能性
	○		○			

4 介護予防ケアマネジメントを実施する地域包括支援センター

	名 称	電話番号
<input checked="" type="checkbox"/>	平地域包括支援センター	22-1174
<input type="checkbox"/>	小名浜地域包括支援センター	53-4760
<input type="checkbox"/>	勿来・田地域包括支援センター	63-2140
<input type="checkbox"/>	常磐・遠野地域包括支援センター	43-2151
<input type="checkbox"/>	内郷・好間・三和地域包括支援センター	27-8660
<input type="checkbox"/>	四倉・久之浜大久地域包括支援センター	32-2115
<input type="checkbox"/>	小川・川前地域包括支援センター	83-1411

収 受 欄	(受理した地区センター又は 地域包括支援センターが押印)
	受付者 ●●●●

※收受後、写しを交付すること。

市記入欄 (※所管の地区保健福祉センターが記入)

(伺) 基本チェックリストの結果、事業対象者として該当させてよいか伺います。

決 裁 欄	所長	次長	係長	係員	受付日	平成29年1月1日	添付書類確認欄	
					起案日	平成29年1月1日		<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメント依頼届 <input checked="" type="checkbox"/> チェックリスト実施対象者確認票
					起案者	●●●●		

給付管理票記入方法（例）

- ・ 給付管理票の右上に「初期加算」は **新**、「修正」は **修**、「月遅れ」は **遅** とご記入ください。
- ・ 前月提出と変更がある場合は一目で分かるようにマーカーで色付けをお願いします。

給付管理票（平成 年 月分）
 新

保険者番号		保険者名		作成区分			
		いわき市					
被保険者番号		被保険者氏名					
生年月日	性別	事業対象者・要支援 要介護状態区分					
		限度額適用期間					
単位/月	年 月	～	年 月				
				介護支援専門員番号			

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業						
サービス事業者の事業者名	事業者番号 (番号-事業者番号)	(兼)	指定/基準該当/地域・総合事業	サービス種類名	コード	給付計画単位
〇〇〇〇	1 2 3 4 5 6 7 8 9		指定・基準該当・地域・総合事業	介護予防通所	A 6	4 4 3 4
毎月 4 日 17時まで提出						
合計						4 4 3 4

各包括支援センター分でも 1 箇所の包括支援センターにて受付致します。但し、毎回同じ包括支援センターへ提出してください。

例) 平包括支援センターでも小名浜包括支援センター分の給付管理票・請求書を受付
その際は、包括支援センターごとに分かるようにして提出してください

様式第十一 (附則第二条関係)

給付管理票 (平成 年 月分)

保険者番号			保険者名			作成区分					
						1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成					
被保険者番号			被保険者氏名			居宅介護／介護予防 支援事業所番号					
			フリガ ナ								
生年月日			性別	要支援・要介護状態区分等		担当介護支援専門 員番号					
明・大・昭 年 月 日			男・女	事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		居宅介護／介護予 防 支援事業者の事業 所名					
居宅サービス・介護予防サー ビス・ 総合事業 支給限度基準額			限度額適用期間			支援事業者の 事業所所在地及び 連絡先					
単位／月			平成 年 月	～	平成 年 月	委託先 の支援事 業所番 号					
						介護支 援専門 員番 号					

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業													
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号一事業所番号)				指定／基 地密着型 サービス／ 総合事業 識別	サービス 種類名	サービス 種類コー ド	給付計画 単位数					
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
					指定・基 地密着 型								
合計													

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託完了届出書兼請求書

記入例

実施報告書が複数月の場合でも請求書はまとめて記入
(例:3、4、5月分)

平成 年 月 請求
(平成 年 月 月利用分)

介護予防支援事業及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約による指定介護予防支援事業及び介護予防ケアマネジメントの一部委託業務について、次のとおり完了したので報告するとともに、業務委託料について請求いたします。

(指定介護予防支援事業所分)

【委託業務名】 指定介護予防支援事業及び介護予防ケアマネジメント業務委託業務

担当包括別に請求書作成
担当包括名を記入

対象:様式A、様式B			
1 介護予防支援費	3,870	円(消費税込み) ×	件 = 円
2 初期加算	2,700	円(消費税込み)	円
3 小規模多機能紹介加算	3,000		

**様式の分け方が
変わりました!**
(国の通知と同じ分け方になりました)

対象:様式C、様式D			
4 介護予防ケアマネジメント費(A)	3,870	円(消費税込み) ×	件 = 円
5 介護予防ケアマネジメント費(B)	3,870	円(消費税込み) ×	件 = 円
6 初期加算	2,700	円(消費税込み) ×	件 = 円
7 小規模多機能紹介加算	3,000	円(消費税込み) ×	件 = 円
小 計②			円

**合計金額の欄が
追加になりました!**

合計(①+②) 円

平成 年 月 日

特定非営利活動法人
地域福祉ネットワークいわき
理事長 鎌田 真理子 様

提出年月日を記入

受託者 所在地
法人名
代表者氏名

㊞

上記の件について相違ないことを確認しました。

平成 年 月 日

契約書と同じ法人名・印鑑

いわき市 指定介護予防支援事業所
確認職員氏名

㊞

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書

記入例

【様式〇】
〇、△

請求者	事業所名称 代表者氏名	印	所在地	平成 年 月 利用分 〒 ー 月毎に作成 電話 ()
-----	----------------	---	-----	-----------------------------------

1	被保険者番号	被保険者氏名	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月	円
2	被保険者番号	フリガナ	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月	円
3	被保険者番号	被保険者氏名	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月	円
4	被保険者番号	フリガナ	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月	円
5	被保険者番号	被保険者氏名	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月	円
6	被保険者番号	フリガナ	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月	円
7	被保険者番号	被保険者氏名	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月	円
8	被保険者番号	フリガナ	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月	円
9	被保険者番号	被保険者氏名	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月	円
10	被保険者番号	フリガナ	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月	円

居宅介護支援事業所名・事業所印
事業所毎に作成

対象の場合は
〇で囲み、合計金額で記入

様式A、B、C、Dがある。対象となる利用者を確認、該当する様式に記入

介護予防支援費 (税込3,870円) × 性		円
初期加算 (税込2,700円) × 性		円
小規模多機能加算 (税込3,000円) × 性		円
合計		円

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託完了届出書兼請求書

(H29年度改正版)

平成 年 月 請求
(平成 年 月 利用分)

介護予防支援事業及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約による介護予防支援事業及び介護予防ケアマネジメントの一部委託業務について、次のとおり完了したので報告するとともに、業務委託料について請求いたします。

(指定介護予防支援事業所分)

【委託業務名】 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの一部委託業務

対象:様式A、様式B				
1 介護予防支援費	3,870	円(消費税込み) ×	件 =	円
2 初期加算	2,700	円(消費税込み) ×	件 =	円
3 小規模多機能連携加算	3,000	円(消費税込み) ×	件 =	円
			小 計①	円

対象:様式C、様式D				
4 介護予防ケアマネジメント費(A)	3,870	円(消費税込み) ×	件 =	円
5 介護予防ケアマネジメント費(B)	2,943	円(消費税込み) ×	件 =	円
6 初期加算	2,700	円(消費税込み) ×	件 =	円
7 小規模多機能連携加算	3,000	円(消費税込み) ×	件 =	円
			小 計②	円

合計(①+②)	円
----------------	---

平成 年 月 日

特定非営利活動法人
地域福祉ネットワークいわき
理事長 鎌田 真理子 様

受託者 所在地
法人名
代表者氏名 ㊞

上記の件について相違ないことを確認しました。

平成 年 月 日

いわき市 指定介護予防支援事業所
確認職員氏名 ㊞

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書

【様式A】

請求者	事業所名称 代表者氏名	印	所在地	平成	年	月	利用分
				〒	—		
				電話	()	

	被保険者番号	被保険者氏名	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有
1		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
2		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
3		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
4		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
5		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
6		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
7		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
8		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
9		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
10		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円

介護予防支援費 (税込3,870円) ×	_____件				円
初期加算 (税込2,700円) ×	_____件				円
小規模多機能加算 (税込3,000円) ×	_____件				円
合 計					円

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書

【様式B】

②

請求者	事業所名称 代表者氏名	印	所在地	平成 年 月 利用分
				〒 () 電話 ()

	被保険者番号	被保険者氏名	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有
1		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
2		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
3		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
4		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
5		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
6		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
7		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
8		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
9		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
10		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円

介護予防支援費 (税込3,870円) × _____ 件	円
初期加算 (税込2,700円) × _____ 件	円
小規模多機能加算 (税込3,000円) × _____ 件	円
合 計	円

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書

【様式C】

請求者	事業所名称 代表者氏名	印	所在地	平成 年 月 利用分
				〒 - 電話 ()

	被保険者番号	被保険者氏名	要支援1・2	初期加算有	小規模多機能加算有
1		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
2		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
3		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
4		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
5		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
6		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
7		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
8		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
9		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
10		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円

介護予防ケアマネジメント費 (税込3,870円) × _____ 件	円
初期加算 (税込2,700円) × _____ 件	円
小規模多機能加算 (税込3,000円) × _____ 件	円
合 計	円

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務実施報告書

【様式D】

請求者	事業所名称 代表者氏名	〒	平成	年	月	利用分
			電話	()	

	被保険者番号	被保険者氏名	事業対象者	初期加算有	小規模多機能加算有
1		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
2		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
3		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
4		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
5		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
6		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
7		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
8		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
9		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円
10		フリガナ	認定有効期間 平成 年 月 ~ 平成 年 月		円

④

マ ネ ジ メ ン ト A	介護予防ケアマネジメント費 (税込3,870円) × _____ 件				円
	初期加算 (税込2,700円) × _____ 件				円
	小規模多機能加算 (税込3,000円) × _____ 件				円
	合 計				円

マ ネ ジ メ ン ト B	介護予防ケアマネジメント費 (税込2,943円) × _____ 件				円
	初期加算 (税込2,700円) × _____ 件				円
	小規模多機能加算 (税込3,000円) × _____ 件				円
	合 計				円

NPO法人地域福祉ネットワークいわき 行

FAX 0246-21-7618

新規ケアマネジャー届出書

平成 年 月 日

事業所名	事業者番号

介護支援専門員氏名	介護支援専門員番号	予防プラン作成 研修受講
		済・未
		済・未
		済・未
		済・未
		済・未
		済・未

異動・就職等で追加された新規のケアマネジャーがいる事業者は記入して、FAXしてください。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント 業務委託料口座振替届出書

特定非営利活動法人地域福祉ネットワークいわき

理事長 鎌田 真理子 様

届出月日 平成 年 月 日

【業務委託契約法人】

郵便番号

住 所

法 人 名

代表者名

⑩

(事業所名)

【振込先口座】

金融機関名	銀行・信組・信金 労金・農協・漁連																																																																																																		
支店名	支店・出張所																																																																																																		
口座種別	<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通		口座番号																																																																																																
口座名義																																																																																																			
口座名義カナ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																																																																																																		

契約事項変更届

平成 年 月 日

特定非営利活動法人

地域福祉ネットワークいわき 様

所在地

法人名

代表者氏名

⑩

平成 年 月 日付けにて、貴法人と契約締結した介護予防支援及び介護予防
ケアマネジメント業務委託契約について、契約事項の変更がありましたので届出ます。

1 変更内容 _____の変更

変更前

変更後

2 変更日 平成 年 月 日

3 変更理由

【居宅介護支援事業者】マスタ登録届出書

法人名										
カナ										
事業所名										
カナ										
法人種別	社会福祉法人(社協以外)	社会福祉法人(社協)	医療法人	社団・財団	営利法人	非法人	生協			
	非営利法人(NPO)	その他の法人	地方公共団体(都道府県)	地方公共団体(市町村)						
	地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)	農協	その他	社会医療法人						
〒										
事業所住所										
事業所電話										
事業所FAX										
事業開始年月										
地域単価区分	1級/特別	2級	3級	4級/特甲	5級/甲地	5級の2	6級/乙地	6級の2	7級	その他
サービス種別	予防支援									
事業者番号										
生保	あり	なし								