

## 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 . . . . . 4～21

#### 【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 . . . . . 10～15

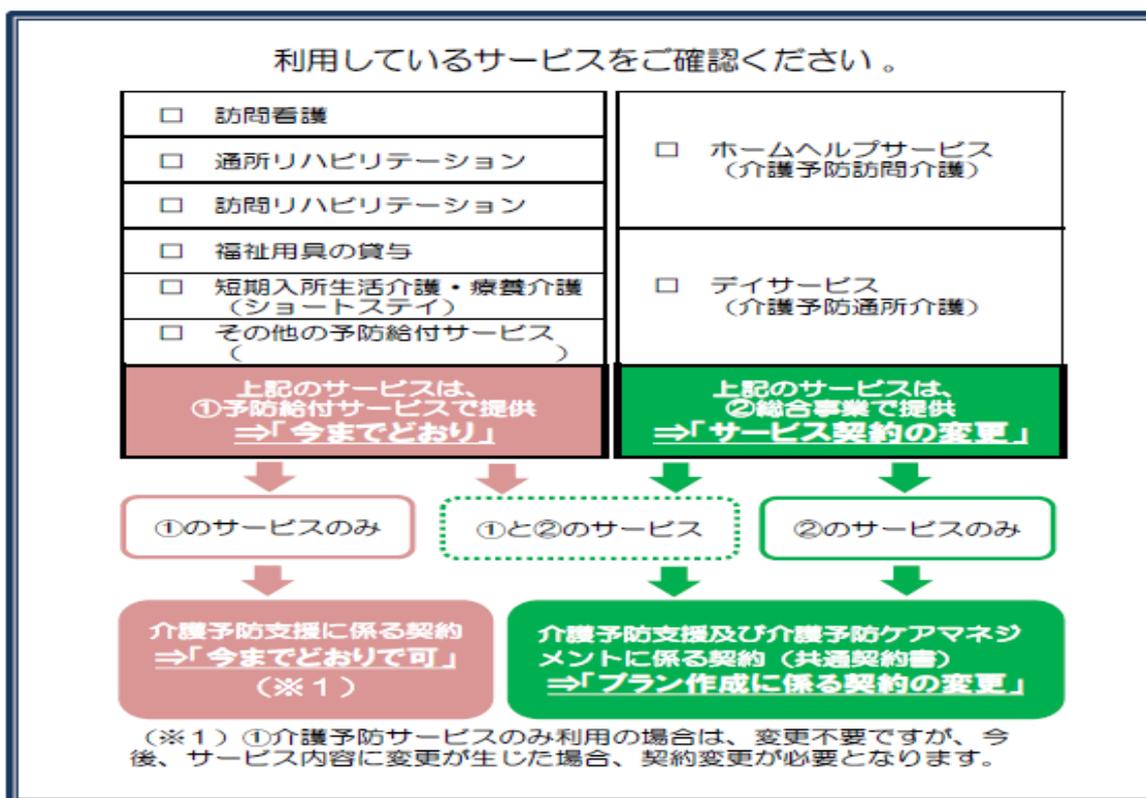
#### 【事業対象者】

- ④ 総合事業を利用する場合 . . . . . 16～21

### 関係様式

3. 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 . . . 22～27
4. 基本チェックリスト、実施対象者確認書、実施受付票 . . . . . 28～32
5. (例) 給付管理記入方法、給付管理票 . . . . . 33～34
6. (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 . . . 35
7. (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 . . . . . 36
8. 【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 . . . 37
9. 【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 . . . . . 38
10. 【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 . . . . . 39
11. 【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 . . . . . 40
12. 【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 . . . . . 41
13. 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  
. . . . . 42～45

## 1. 総合事業の枠組み



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

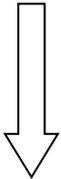
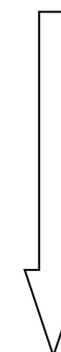
認定状況	利用するサービス	作成区分	支払区分	実施報告書様式
要支援 1・2	①予防給付のみ利用する場合	介護予防サービス計画	予防給付による介護予防支援費により 介護報酬による支払	様式A
	②予防給付と総合事業を利用する場合			様式B
	③総合事業のみ利用する場合	介護予防ケアマネジメント	総合事業から介護予防ケアマネジメントの費用 支払	様式C
事業対象者	④総合事業を利用する場合			様式D

## 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

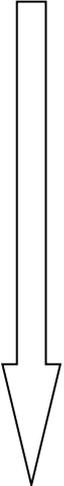
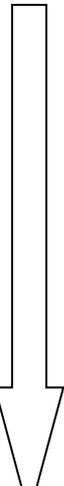
### 【要支援認定者】

- 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"> <li>・ 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</li> <li>・ 新予防給付マネジメント研修を受けている事業所</li> </ul> <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> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 利用者基本情報</li> <li>② 基本チェックリスト</li> <li>③ 介護予防サービス支援計画書</li> </ol> </div>

 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">介護予防サービス計画原案の作成</div>		<p>アセスメント結果等を基にどのような支援が必要かを利用者と調整する。</p> <p>利用者と合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成する。</p>
 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">介護予防サービス・支援計画表（原案）を地域包括支援センターへ提出</div>	<p>介護予防サービス計画原案が適切に作成されているか、内容が妥当かどうかについて確認し、介護予防サービス・支援計画表の確認欄に地域包括支援センター名の押印をし、すみやかに居宅介護支援事業所へ戻す。</p>	<p>作成書類</p> <p>① 介護予防サービス・支援計画表</p> <p>② 介護予防支援経過記録表は随時記入する</p>
	<p>原本を居宅介護支援事業所へ返し、写しは包括支援センターで管理。</p>	<p>【原案提出】 介護予防サービス・支援計画表（原案）等を地域包括支援センターへ提出</p> <p>【提出書類】初回や更新時など</p> <p>①基本チェックリスト、②利用者基本情報（2回目以降は内容に変更があった場合のみで可）、③介護予防サービス・支援計画表、④介護予防支援経過記録表</p> <p>⑤利用票</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">サービス担当者会議の開催</div> 		<p>サービス担当者会議の開催により専門的意見を聴取する（目標の共有、役割分担の確認）。</p> <p>介護予防支援経過記録表にサービス担当者会議の要点の記述</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">介護予防サービス計画原案の説明、同意</div> 		<p>介護予防サービス・支援計画表の内容を利用者又は家族に説明し、同意を得る。（同意欄に記名、捺印してもらう。）</p> <p>支援計画書が変更となる場合は、包括支援センターに再提出</p>

<div data-bbox="193 253 560 327" 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="199 338 260 488" style="text-align: center;">↓</div> <div data-bbox="193 495 355 533" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">モニタリング</div> <div data-bbox="199 551 260 981" style="text-align: center;">↓</div> <div data-bbox="193 1037 252 1075" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">評価</div> <div data-bbox="199 1111 260 1608" style="text-align: center;">↓</div> <div data-bbox="193 1619 355 1657" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">給付管理業務</div> <div data-bbox="199 1675 260 1910" style="text-align: center;">↓</div>	<p data-bbox="587 1059 1059 1249">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="1082 241 1401 472">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="1082 517 1401 898">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="1082 943 1401 1088">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="1082 1133 1412 1525" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="1093 1137 1220 1171"><b>【提出書類】</b></p> <ol data-bbox="1093 1178 1401 1480" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1093 1178 1401 1245">① 介護予防サービス評価表</li> <li data-bbox="1093 1256 1401 1357">② サービス事業所評価表（個別プログラム記入）</li> <li data-bbox="1093 1368 1401 1435">③ 継続利用の場合は更新プランの原案</li> <li data-bbox="1093 1447 1401 1480">④ 支援経過記録</li> </ol> </div> <p data-bbox="1082 1559 1401 1671">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> <div data-bbox="1082 1738 1412 1951" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="1082 1760 1401 1939">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> </div>
---	---	---

<div style="text-align: center;">  <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">介護報酬の請求</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 100px;">  <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">日常の利用者、サービス提供事業者との連絡、調整</p> </div>	<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><b>【提出書類】</b></p> <p>① 利用者ごとの給付管理票</p> <p>委託料請求は10日まで提出。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>【提出書類】</b></p> <p>① 介護予防支援業務実施報告書（月毎に様式A又は様式Bを作成）</p> <p>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> </div> <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 医療系サービスを位置付ける場合について

利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めることとする。その場合において、担当居宅介護支援事業者は、介護予防居宅サービス計画を作成した際には、当該介護予防サービス計画を主治の医師等に交付することとする。

### 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 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

## 9 居宅介護支援事業所から包括へ提出してもらう書類

### 【事前】

- ① 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（ケアマネジメント結果等記録表）
- ④ サービス利用票

### 【事後】

- 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 更新時において基本チェックリスト

## 10 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（予防サービス計画書、評価表、支援経過記録）

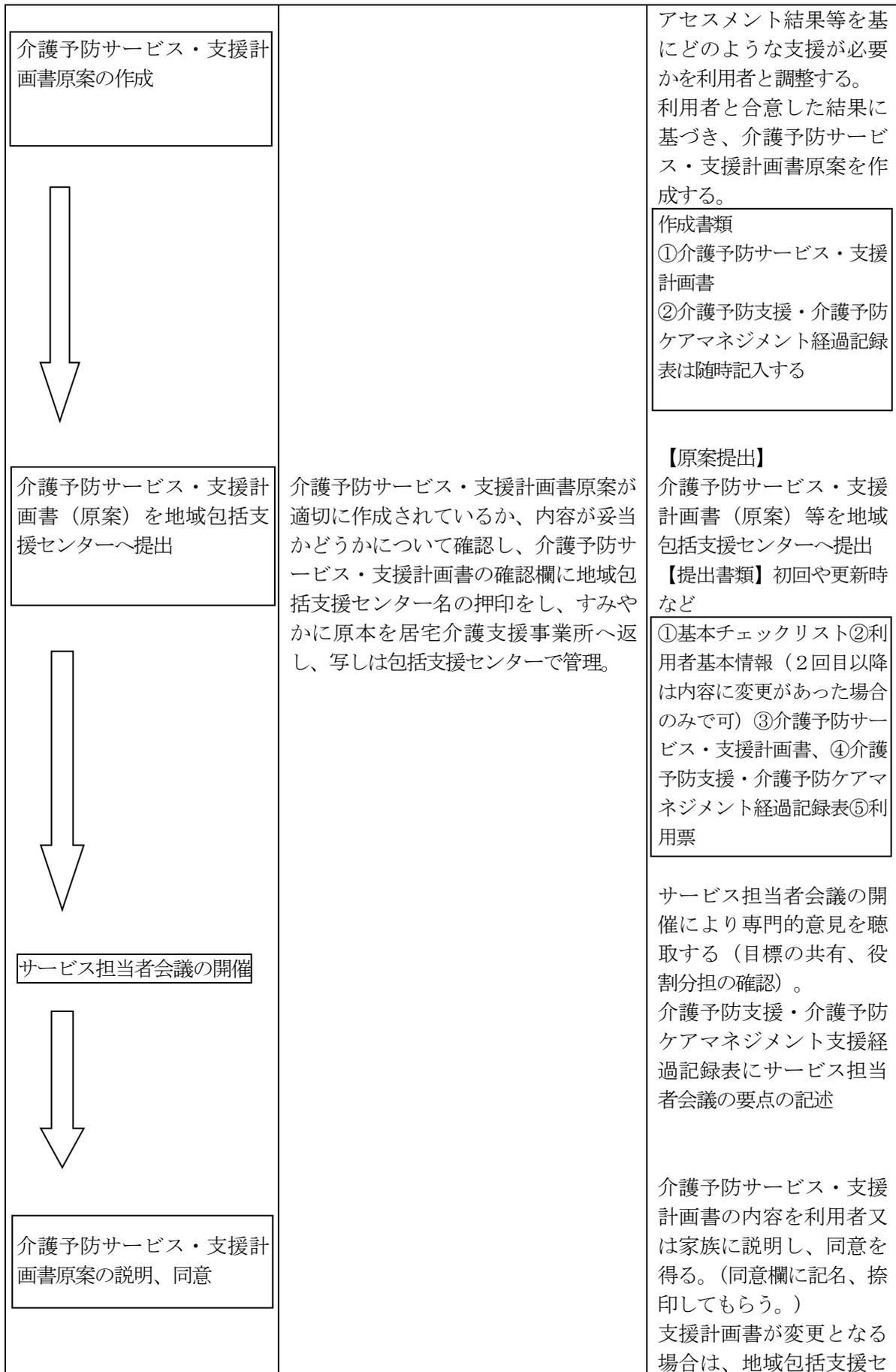
※本人の署名・捺印がある書類については原本、その他地域包括支援センターが必要とする書類についてはコピー可）を担当の地域包括支援センターへ提出。

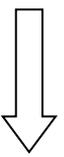
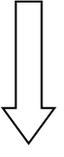
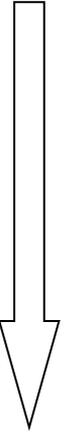
## 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託の流れ

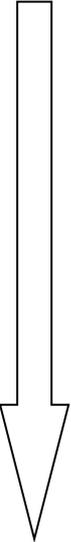
### 【要支援認定者】

#### 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"> <li>・ 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</li> <li>・ 新予防給付マネジメント研修を受けている事業所</li> </ul>	<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>
<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"> <li>①利用者基本情報</li> <li>②基本チェックリスト</li> <li>③介護予防サービス・支援計画書</li> </ul>



 <div data-bbox="215 425 550 504" 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="215 705 375 750" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">モニタリング</div>  <div data-bbox="215 1254 279 1299" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">評価</div> 	<p data-bbox="582 1276 1045 1467">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 data-bbox="1069 190 1252 224">ンターに再提出</p> <p data-bbox="1069 392 1380 616">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 data-bbox="1069 660 1380 1153">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 data-bbox="1069 1243 1380 1545">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> <div data-bbox="1069 1590 1380 1982" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【提出書類】</b></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> </div>
--	---	--

<div data-bbox="217 674 376 712" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">給付管理業務</div> <div data-bbox="233 743 296 981" style="text-align: center;">  </div> <div data-bbox="217 1025 402 1064" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護報酬の請求</div> <div data-bbox="225 1077 296 1619" style="text-align: center;">  </div> <div data-bbox="217 1742 558 1816" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">         日常の利用者、サービス提供事業者との連絡、調整       </div>	<p data-bbox="580 1010 1043 1122">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、介護予防ケアマネジメント費の報酬を受領する。</p>	<p data-bbox="1070 197 1382 309">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="1070 349 1382 573">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> <div data-bbox="1070 622 1382 831" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="1082 622 1209 651">【提出書類】</p> <p data-bbox="1070 663 1361 692">利用者ごとの給付管理票</p> <p data-bbox="1070 741 1382 808">委託料請求は10日まで提出。</p> </div> <div data-bbox="1070 853 1382 1196" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="1082 853 1209 882">【提出書類】</p> <p data-bbox="1070 893 1382 1005">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(月毎に様式作成)</p> <p data-bbox="1070 1016 1382 1162">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> </div> <p data-bbox="1070 1245 1382 1424">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 3～12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 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）

6 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。）

7 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

## 8 居宅介護支援事業所から包括へ提出してもらう書類

### 【事前】

- ① 基本情報
- ② 基本チェックリスト
- ③ 予防サービス支援計画書
- ④ サービス利用票

### 【事後】

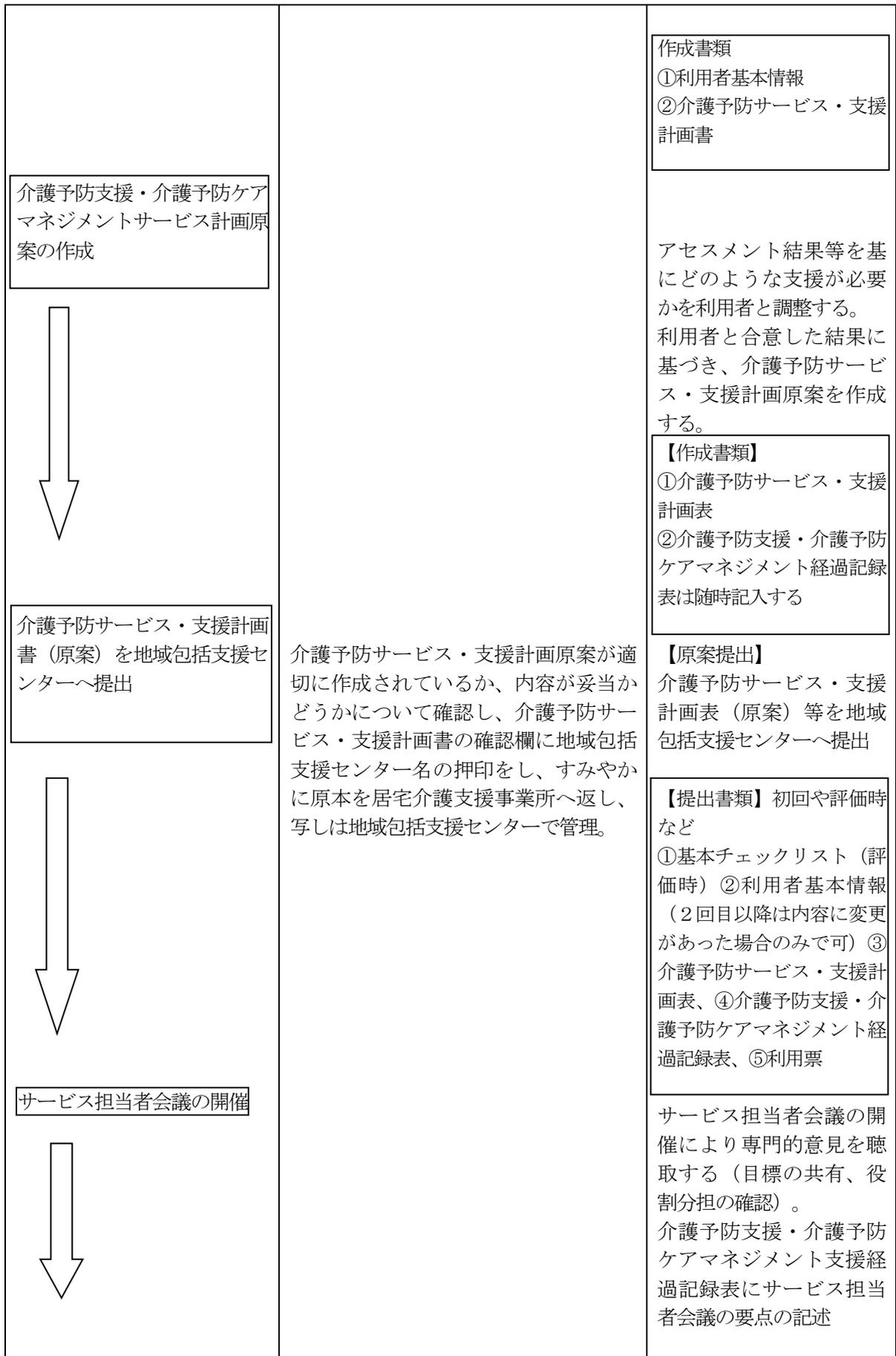
- ① 前回プランの評価表（ケアマネ作成）
- ② 前回プランに基づくサービス事業所評価表
- ③ 支援経過記録
- ④ 評価表に基づき作成した新プラン（原案）
- ⑤ 更新時において基本チェックリスト

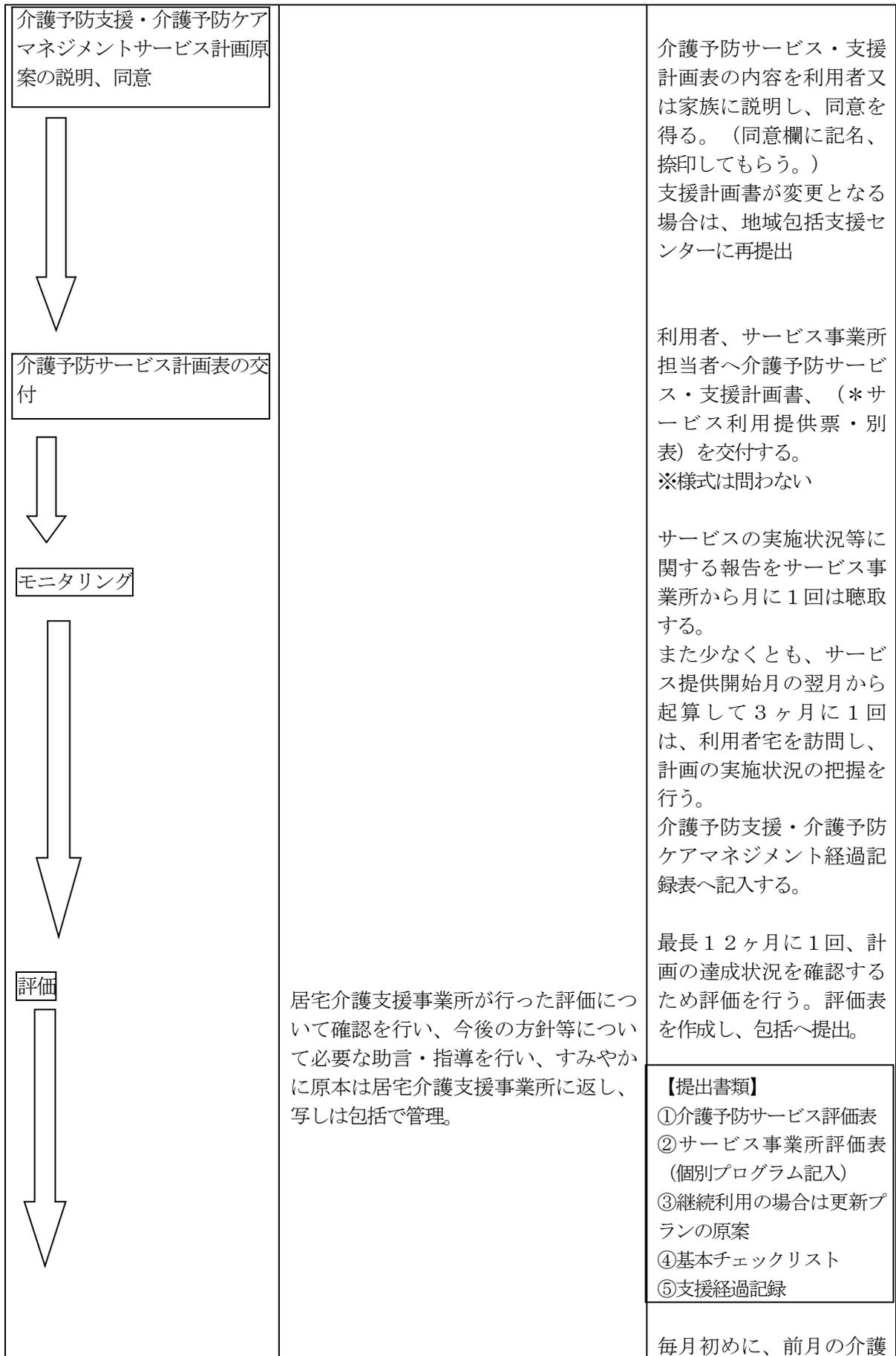
## 9 委託終了時の取り扱い

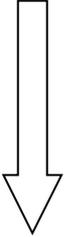
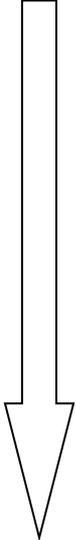
認定結果で「要介護」になった場合や地域包括支援センターが直接担当する場合は、居宅介護支援事業所で管理している利用者関連の書類（予防サービス計画書、評価表、支援経過記録）

※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。







<div data-bbox="212 248 373 286" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">給付管理業務</div> <div data-bbox="229 318 293 555" style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div data-bbox="212 600 400 638" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護報酬の請求</div> <div data-bbox="217 651 293 1191" style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div> <div data-bbox="212 1552 555 1626" style="border: 1px solid black; padding: 2px;">日常の利用者、サービス提供事業者との連絡、調整</div>	<p data-bbox="582 660 1045 806">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 197 1380 264">予防サービスの利用実績を確認する。</p> <p data-bbox="1077 313 1380 537">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> <div data-bbox="1077 582 1380 795" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【提出書類】</b> 利用者ごとの給付管理票</p> <p>委託料請求は10日まで提出。</p> </div> <div data-bbox="1077 817 1380 1254" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>【提出書類】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>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）</li> </ul> </div> <p data-bbox="1077 1400 1380 1579">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 3～12ヶ月**

- ※ この場合の「新規」とは、①基本チェックリスト実施による初回サービス計画書作成、(認定申請結果が非該当となり基本チェックリストにより事業対象者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

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機関の終了月、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 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)

### 6 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。)

## 7 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

## 8 居宅介護支援事業所から包括へ提出してもらう書類

### 【事前】

- ① 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（ケアマネジメント結果等記録表）
- ④ サービス利用票

### 【事後】

- 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 更新時において基本チェックリスト

## 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（予防サービス計画書、評価表、支援経過記録）

※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。

## 10 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・要支援認定の必要性の判断を行い、必要に応じて基本チェックリストを行います。

## 11 基準支給限度額の増減確認について

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="checkbox"/> 所内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他	立ち合者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介保番号													
氏名		性別	生	歳	本人の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 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：令和 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"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建て	自室	階	住宅改修	経済状況	国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生共済 <input type="checkbox"/> 障害共済 <input type="checkbox"/>	年齢	年齢	遺族	生活保護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 世帯類型 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 日独 <input type="checkbox"/> 日高 <input type="checkbox"/> その他													
家族の状況	◎=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)																		

《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		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。

令和 年 月 日 氏名 印

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)

NO. \_\_\_\_\_ 利用者名 \_\_\_\_\_ 様 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回・紹介・継続 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認定済・申請中 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 要支援1・要支援2 \_\_\_\_\_ 事業対象者 \_\_\_\_\_

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

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(連絡先) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・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策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				期間	
							本人等のセルフケアや家族の支援、インフォマルサービス(民間サービス)	介護保険サービス または地域包括支援事業(総合事業のサービス)	サービス 種別	事業所 (利用先)		
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  
口主/居宅療養見守り、確認結果、観察結果等を踏まえた留意点 \_\_\_\_\_

【本実行すべき支援が実施できない場合】  
要する支援の実施に向けた方針 \_\_\_\_\_

総合的な方針:生活不活発等の改善・予防のポイント \_\_\_\_\_

基本情報  
基本情報(ケアマネジメントの該当した項目数) / (質問項目数)を記入してください。地域包括支援事業の場合は、ひらき事業プログラム中の該当の数字に○印をつけて下さい。

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

地域包括支援センター \_\_\_\_\_

【意見】 \_\_\_\_\_

【確認印】 \_\_\_\_\_

計画に関する同意  
上記計画について、同意いたします。  
令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印



介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援卒業)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

<input checked="" type="radio"/> プラン継続 <input type="radio"/> プラン変更 <input type="radio"/> 終了	<input type="radio"/> 介護給付 <input checked="" type="radio"/> 予防給付 <input type="radio"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="radio"/> 一部介護予防事業 <input type="radio"/> 終了
---	--





# 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 令和 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=      cm    体重=      kg    (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 令和元年5月7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。 <u>(1) 福祉用具貸与・購入</u> (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 令和 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。







給付管理票 (令和 年 月分)

保険者番号		保険者名		作成区分									
被保険者番号		被保険者氏名		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									
フリガナ				居宅介護/介護予防 支援事業所番号									
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		令和 年 月		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		令和 年 月		～		令和 年 月		委託した 場合		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-事業所番号)										指定/基準該当 / 地域密着型 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・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
												指定・基準該当・			
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)

令和 年 月 請求  
(令和 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	3,879	円(消費税込み) × 件 =	円
2 初期加算	2,700	円(消費税)	円
3 小規模多機能紹介加算	3,000	円	円
対象:様式C、様式D			
4 介護予防ケアマネジメント費(A)	3,879	円	円
5 介護予防ケアマネジメント費(B)		円(消費税)	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

令和元年10月利用分より単価が変更になりました!

合計(①+②) 円

令和 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 (印)

上記の件について相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日

いわき市 指定介護予防支援事業所  
確認職員氏名 (印)

契約書と同じ法人名・印鑑  
(毎月法人の押印が困難な場合は、請求印変更届出を提出)

介護予防支援業務実施報告書

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

月毎に作成

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

実施事業所名・事業所印  
事業所毎に作成

対象の場合は  
○で囲み、合計  
金額で記入

介護予防支援費 (税込3,879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

介護予防ケアマネジメント費 (税込3,879円) × _____ 件	円
初期加算 (税込2,700円) × _____ 件	円
合 計	円



介護予防支援・介護予防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	令和 年 月 日
				〒 _____ 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 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
2		フリガナ	認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
3		フリガナ	認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
4		フリガナ	認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
5		フリガナ	認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
6		フリガナ	認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
7		フリガナ	認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
8		フリガナ	認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
9		フリガナ	認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
10		フリガナ	認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円

介護予防支援費 (税込3,879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】

請求者	事業所名称 代表者氏名	印	所在地	令和 年 月 日
				〒 _____ 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		
2		フリガナ	認定有効期間		
3		フリガナ	認定有効期間		
4		フリガナ	認定有効期間		
5		フリガナ	認定有効期間		
6		フリガナ	認定有効期間		
7		フリガナ	認定有効期間		
8		フリガナ	認定有効期間		
9		フリガナ	認定有効期間		
10		フリガナ	認定有効期間		
介護予防支援費 (税込3,879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	令和 年 月 日
				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		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
2	フリガナ	認定有効期間		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
3	フリガナ	認定有効期間		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
4	フリガナ	認定有効期間		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
5	フリガナ	認定有効期間		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
6	フリガナ	認定有効期間		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
7	フリガナ	認定有効期間		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
8	フリガナ	認定有効期間		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
9	フリガナ	認定有効期間		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
10	フリガナ	認定有効期間		
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		円
介護予防ケアマネジメント費 (税込3,879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	印	所在地	令和 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		円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月		
2	フリガナ	認定有効期間		円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月		
3	フリガナ	認定有効期間		円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月		
4	フリガナ	認定有効期間		円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月		
5	フリガナ	認定有効期間		円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月		
6	フリガナ	認定有効期間		円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月		
7	フリガナ	認定有効期間		円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月		
8	フリガナ	認定有効期間		円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月		
9	フリガナ	認定有効期間		円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月		
10	フリガナ	認定有効期間		円
		令和 年 月 ~ 令和 年 月		

マ ネ ジ メ ン ト A	介護予防ケアマネジメント費 (税込3,879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 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

令和 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

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 令和 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																				

# 契約事項変更届

令和 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

令和 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 令和 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								