

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続(2つ目)	<input type="checkbox"/> 継続(3つ目)
------	-----------------------------	----------------------------------	----------------------------------

吹田市自立支援・重度化防止に資する広報インセンティブ付与申請書
(地域包括支援センター用)

吹田市長宛

年 月 日

事業所番号		地域包括支援センター名	
申請者氏名			

※ 要件にあてはまるものに、必要事項を記入してください。

要件 A 自立支援・重度化防止に係る研修会等

参加年月日	研修会等テーマ	参加者氏名
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		

※ 不足する場合は、行を追加してください。

要件 B 自立支援型ケアマネジメント会議事例検討

要件 C 訪問型短期集中サポートサービス利用/リハビリ専門職活用

B 専門職の助言内容をケアプラン等に反映し、1年以内に利用回数の減少等の効果があり、その効果が3か月以上継続	自立支援型ケアマネジメント会議 年 月 日 会場 ()
	【利用者について】 被保険者番号: _____ 氏名: _____
	ケアプラン変更日またはサービス利用回数減少や終了についての経過記録記載日: _____ 年 月 日
	【利用者の変化(身体面・精神面)と日常生活動作の改善状況】

