

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  
 （居宅介護支援事業所用）

吹田市長宛

年 月 日

事業所番号		事業所名	
申請者氏名		職員体制	*事業所の職員の人数を記入ください 常勤 名、非常勤 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（ ）
	<b>【利用者について】</b> 被保険者番号： _____ 氏名： _____ <u>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</u> <b>【利用者の変化(身体面・精神面)と日常生活動作の改善状況】</b>

<p>C 訪問型短期集中サポートサービスの利用を経て、利用終了後、サービスを再利用していない状態が3か月以上継続/市リハビリ専門職を活用し、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</p>	<p>訪問型短期集中サポートサービス終了/市リハビリ専門職活用 年 月 日</p> <p>【利用者について】  <u>被保険者番号:</u> _____ <u>氏名:</u> _____  <u>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:</u> _____年 月 日</p> <p>【利用者の変化(身体面・精神面)と日常生活動作の改善状況】</p>
--	---

※吹田市使用欄(こちらには記入しないでください。)

受付印	申請種別	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続(★2つ目)	<input type="checkbox"/> 継続(★3つ目)
	広報インセンティブ付与要件・確認欄	<input type="checkbox"/> A アンケート確認 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A アンケート確認 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A アンケート確認 <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> B
受付者		<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
	掲載の可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	掲載月	(       )月
	委託事業者連絡	(       )		