

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

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  
 （通所型・訪問型サポートサービス事業所用）

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。

1 事業所種別

通所型サポートサービス事業所       訪問型サポートサービス事業所

2  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。

3  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／市リハビリ専門職活用

※利用者の自立支援に向け、どのような取組を实践し、成果として現れたのかを具体的に記載してください。

※利用者の被保険者番号: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

