年　　月　　日

　（宛先）紀の川市長

事業所番号

事業所名

代表者役職・氏名

住所

担当者氏名

連絡先

自立支援型サービス提供加算対象者報告書（遅延理由書）

　別紙のとおり、加算対象者を報告します。

記

提出書類

　① 加算対象者一覧（別紙１）

　② 事業の利用を記載した介護予防サービス・支援計画のコピー

③ 事業所が作成した個別支援計画のコピー

　　※市指定の様式に記入した、本人の同意済（署名入り）のもの

④ 介護保険被保険者証のコピー

⑤ 遅延理由書

別紙１

事業所名：

◆加算対象者一覧

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者番号** | **氏名** | **生年月日** | **認定区分** | **担当ケアマネジャー****※事業所名（上段）及び氏名（下段）** | **ケアマネジャー****との協議の有無** |
|  |  |  | 事業対象者要支援１要支援2 |  | 協議（済・未） |
|  |
|  |  |  | 事業対象者要支援１要支援2 |  | 協議（済・未） |
|  |
|  |  |  | 事業対象者要支援１要支援2 |  | 協議（済・未） |
|  |
|  |  |  | 事業対象者要支援１要支援2 |  | 協議（済・未） |
|  |
|  |  |  | 事業対象者要支援１要支援2 |  | 協議（済・未） |
|  |
|  |  |  | 事業対象者要支援１要支援2 |  | 協議（済・未） |
|  |
|  |  |  | 事業対象者要支援１要支援2 |  | 協議（済・未） |
|  |
|  |  |  | 事業対象者要支援１要支援2 |  | 協議（済・未） |
|  |
|  |  |  | 事業対象者要支援１要支援2 |  | 協議（済・未） |
|  |

年　　月　　日

（宛先）紀の川市長

事業所番号

事業所名

代表者役職・氏名

住　　所

担当者氏名

連絡先

遅延理由書

自立支援型サービス提供加算対象者報告にかかる遅延理由について下記のとおり報告します。

記

【事業所入力】