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

　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

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） |
|  |