**介護予防サービス利用状況報告書（訪問型サービスＣ）**

□　紀の川市地域包括支援センター

□　居宅介護支援事業所：

　　担当：　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス事業所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※□にチェックを入れて下さい。 | 報告日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 利用者氏名 | 　　　　　　　様　被保険者番号（　　　　　　　　）　要支援１・２・事業対象者 |
| 介護予防サービス・支援計画書の目標 |  |
| 個別サービス計画の目標 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

8

11

18

4

25

12

19

5

26

13

20

6

27

14

21

7

28

9

16

2

23

30

10

17

3

24

31

15

1

22

29

8

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　年　　月サービス利用状況 | **請求総単位数：　　　　　　単位** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 回数 | 請求単位 |
| 〇 | 訪C 3ヵ月まで | 回 | 単位 |
| ● | 訪C 4～6カ月 | 回 | 単位 |

◆利用日に○等をつける |
| ◆減算状況□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】 |
| ◆サービス内容　□機能訓練 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ◆提供内容における利用時の様子及び提供時の状況をご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

◆個別サービス計画の変更　　□必要あり（来月より目標変更します）　□必要なし（目標として継続）※その他、連絡事項が御座いましたらご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

 |

※サービス事業所から地域包括支援センター（委託の場合は居宅介護支援事業所）へ、翌月３日までにご報告ください。