**介護予防サービス利用状況報告書（通所型サービス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 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 通C 3ヵ月まで | 回 | 単位 | | ● | 通C 4～6カ月 | 回 | 単位 |   ◆利用日に○等をつける   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |   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 | |
| ◆減算状況  　　□同一建物に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】  　　□定員超過に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　単位】  　　□人員基準欠如に対する減算・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・【　　　　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。