

月分・利用実績報告書

《事業所配付用》

保険者番号	1 0 2 0 1 2	保険者名	前橋市	事業者番号	1 0 0 0 1 0 0 0 1 4	作成者登録番号	職員名は消さずに送信してください	
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名		事業者名		作成者		
生年月日	明大昭 年 月 日(歳)	性別	男 女	対象要件 いずれかに○	事業対象者 要支援1 要支援2	フェックリスト実施日 H 年 月 日	有効期限 H 年 月 日 ~ 年 月 日	
							区分支給 限度額	5,003 単位/月

提供時間	サービス内容	サービスコード	事業所 (利用先)	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計	利用単位数
					曜日	火			金				火		金		火		金		火		金		火		金		火		金		火		金		
9:30 ~ 10:15	訪問型サービス I	A2	大手町ヘルパーステーション	予定					/						/																					4	1,168
				実績					0																												
~	通所型C 脳活教室	-	市長寿包括ケア課	予定		/						/															/								5	-	
				実績		/								0																/							
~	訪問型C 我が家でピンシャン!	-	市長寿包括ケア課	予定																																-	
				実績																																	
~				予定																																	
~				実績																																	
~				予定																																	
~				実績																																	

曜日は記入・未記入 どちらでもOKです

報告される事業者名・担当者名は必ず記載してください。報告書を読んで、連絡することもあります

下記の点についてお手数ですが、毎月必ずご報告をお願いします。	事業者名	市長寿包括ケア課	サービス担当者	青木	報告日	H30.5.1	合計単位数
--------------------------------	------	----------	---------	----	-----	---------	-------

<p>① サービス中の様子</p> <ul style="list-style-type: none"> ・送迎の様子・バイタルサイン ・昼食の様子や食事時の摂取量 ・レクリエーション参加の様子 ・他の利用者との交流の様子など <p>気がついたことを記載します</p>	<p>② 計画通りにサービス利用はできているか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議で合意した目標に向かっていけるでしょうか？(本人の様子や支援内容) ・個別サービス計画通り支援が実行されていますか？(専門職の意見を教えてください) ・来月の目標などもありましたら、記載してください 	<p>③ 計画変更の必要性や気づいたことなど</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たな目標は発生していませんか？ ・個別サービス計画の変更はありませんか？ <p>提供に際し、該当になるいずれかに○を付けてください。 7級地人件費割合: 10.21 ・ 10.17 ・ 10.14 介護職員処遇改善加算: 無 ・ I ・ II ・ III ・ IV ・ V</p>
--	---	--