書式４－１

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書
（４６・ＡＦ用）

平成２９年　　　月　　　日

（あて先）

請求者
住　　所

名　　称

代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

事業所名

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約に基づく、平成　　年　　月分の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実績報告・委託料請求を次のとおりいたします。

金　　　　　　　　　　　　　　円

【請求内訳】

区　分	契約単価（円）	件　数	金　額
介護予防支援	４，３９０円	件	円
介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントＡ）	４，３９０円	件	円
うち　初回加算	３，０６３円	件	円
うち　小規模多機能連携加算	３，０６３円	件	円

記入に間違いがあった場合、修正液・修正テープ・二重線で訂正印は不可。
間違いがあった場合は再提出(差し替え)をしてください。

書式４−１　記入例

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書
（４６・ＡＦ用）

平成２９年　８月　１日

日付は利用月の翌月の１日付にしてください。

（あて先）○○○○

請求者
住　　所
名　　称
代 表 者　　　　印
事業所名

住所・名称・代表者（職氏名）・請求印は契約書と同じものをご記入ください。

　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約に基づく、平成２９年　７月分の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実績報告・委託料請求を次のとおりいたします。

金　　４４，３０９ 円

書式４－２　介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書(明細書)と一致

【請求内訳】

区　分	契約単価（円）	件　数	金　額
介護予防支援	４，３９０円	５ 件	２１，９５０ 円
介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントＡ）	４，３９０円	３ 件	１３，１７０ 円
うち　初回加算	３，０６３円	２ 件	６，１２６ 円
うち　小規模多機能連携加算	３，０６３円	１ 件	３，０６３ 円

書式４－２

居宅→包括･包括→市共有

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書（明細書）

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

No.	利用者氏名	委託料（円）	区分		初回加算		小規模多機能連携加算		コード	
			介護予防支援	介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）						
1		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
2		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
3		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
4		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
5		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
6		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
7		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
8		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
9		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
10		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
11		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
12		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
13		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
14		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
15		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
16		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
17		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
18		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
19		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
20		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
合　計		0 円	0 件	0 件	件	件	件	件	件	件

居宅→包括・包括→市共有

書式４－２ 記入例

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書（明細書）

事業所名 ●●居宅介護支援事業所

介護予防支援費：430単位（4,390円）＋小規模多機能連携加算：300単位（3,063円）

介護予防支援費：430単位（4,390円）＋初回加算：300単位（3,063円）

ケアマネジメントA：430単位（4,390円）＋初回加算：300単位（3,063円）

(○) = 記入例で丸囲みされた項目

No.	利用者氏名	委託料（円）	区分：介護予防支援	区分：介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）	初回加算 有	初回加算 無	小規模多機能連携加算 有	小規模多機能連携加算 無	コード	コード
1	A	4,390 円	1 件	件	有	無(○)	有	無(○)	46(○)	AF
2	B	7,453 円	1 件	件	有	無(○)	有(○)	無	46(○)	AF
3	C	4,390 円	1 件	件	有	無(○)	有	無(○)	46(○)	AF
4	D	4,390 円	1 件	件	有	無(○)	有	無(○)	46(○)	AF
5	E	7,453 円	1 件	件	有(○)	無	有	無(○)	46(○)	AF
6	F	7,453 円	件	1 件	有(○)	無	有	無(○)	46	AF(○)
7	G	4,390 円	件	1 件	有	無(○)	有	無(○)	46	AF(○)
8	H	4,390 円	件	1 件	有	無(○)	有	無(○)	46	AF(○)
9		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
19		円	件	件	有	無	有	無	46	AF
20			件	件	有			無		
合計		44,309 円	5 件	3 件	2 件	6 件	1 件	7 件	5 件	3 件

合計金額　各ケアマネジメント件数の合計　各加算の有無の合計　コード別の合計

◆手引き書P.42
「6.介護予防支援とケアマネジメント費の
パターン別報酬請求」参照

【パターン1】のケース
例）要支援2：福祉用具、通所リハビリを利用

【パターン1】のケース
例）要支援2：福祉用具を利用。翌月から小規模多機能を利用するため小規模多機能に出向き調整を行なった

【パターン1】のケース
例）要支援2：福祉用具、ショートステイを利用

【パターン2】のケース
例）要支援2：福祉用具、通所型サービス（現行相当）を利用

【パターン2】のケース
例）要支援1：福祉用具と通所型サービスAを利用開始

【パターン3】のケース
例）要支援1：訪問型サービスAを利用開始

【パターン3】のケース
例）要支援1：訪問型サービス（現行相当）と通所型サービスCを利用

【パターン3】のケース
例）要支援1：訪問型サービス（現行相当）と配食サービスを利用

書式４－３

介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書

平成　　　年　　　月　　　日

（あて先）

請求者
住　　所

名　　称

代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

事業所名

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約に基づく、平成　　　年　　月分の介護予防ケアマネジメントの実績報告・委託料請求を次のとおりいたします。

金　　　　　　　　　　円

【請求内訳】

区　分	契約単価（円）	件　数	金　額
ケアマネジメントＡ	４，３９０円	件	円
ケアマネジメントＢ	３，３６９円	件	円
ケアマネジメントＣ	３，３６９円	件	円
うち 初回加算	３，０６３円	件	円
うち 小規模多機能連携加算	３，０６３円	件	円

記入に間違いがあった場合、修正液・修正テープ・二重線で訂正印は不可。
間違いがあった場合は再提出(差し替え)をしてください。

書式４－３　記入例

介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書

平成２９年　８月　１日

日付は利用月の翌月の１日付にしてください。

（あて先）〇〇〇〇

請求者
住　　所
名　　称
代 表 者　　　　　　　　　　　　　印
事業所名

住所・名称・代表者（職氏名）・請求印は契約書と同じものをご記入ください。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約に基づく、平成２９年 ７月分の介護予防ケアマネジメントの実績報告・委託料請求を次のとおりいたします。

金　　５７，４７９ 円

書式４－４　介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書(明細書)と一致

【請求内訳】

区　分	契約単価（円）	件　数	金　額
ケアマネジメントＡ	４，３９０円	２　件	８，７８０ 円
ケアマネジメントＢ	３，３６９円	７　件	２３，５８３ 円
ケアマネジメントＣ	３，３６９円	２　件	６，７３８ 円
うち 初回加算	３，０６３円	５　件	１５，３１５ 円
うち 小規模多機能連携加算	３，０６３円	１　件	３，０６３ 円

書式４－４

居宅→包括・包括→市共有

介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書（明細書）

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

No.	利用者氏名	委託料（円）	介護予防ケアマネジメント			初回加算		小規模多機能連携加算	
			Ａ	Ｂ	Ｃ				
1		円	件	件	件	有	無	有	無
2		円	件	件	件	有	無	有	無
3		円	件	件	件	有	無	有	無
4		円	件	件	件	有	無	有	無
5		円	件	件	件	有	無	有	無
6		円	件	件	件	有	無	有	無
7		円	件	件	件	有	無	有	無
8		円	件	件	件	有	無	有	無
9		円	件	件	件	有	無	有	無
10		円	件	件	件	有	無	有	無
11		円	件	件	件	有	無	有	無
12		円	件	件	件	有	無	有	無
13		円	件	件	件	有	無	有	無
14		円	件	件	件	有	無	有	無
15		円	件	件	件	有	無	有	無
16		円	件	件	件	有	無	有	無
17		円	件	件	件	有	無	有	無
18		円	件	件	件	有	無	有	無
19		円	件	件	件	有	無	有	無
20		円	件	件	件	有	無	有	無
合　計		円	件	件	件	件	件	件	件

居宅→包括・包括→市共有

書式4－4 記入例

介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書（明細書）

事業所名 ●●居宅介護支援事業所

No.	利用者氏名	委託料（円）	介護予防ケアマネジメント A	B	C	初回加算 有	初回加算 無	小規模多機能連携加算 有	小規模多機能連携加算 無
1	A	3,369 円	件	1 件	件	有	(無)	有	(無)
2	B	3,369 円	件	1 件	件	有	(無)	有	(無)
3	C	6,432 円	件	1 件	件	(有)	無	有	(無)
4	D	6,432 円	件	1 件	件	(有)	無	有	(無)
5	E	3,369 円	件	1 件	件	有	(無)	有	(無)
6	F	3,369 円	件	1 件	件	有	(無)	有	(無)
7	G	6,432 円			1 件	(有)	無	有	(無)
8	H	6,432 円	件	件	1 件	(有)	無	有	(無)
9	I	6,432 円	件	1 件	件	有	(無)	(有)	無
10	J	4,390 円	1 件	件	件	有	(無)	有	(無)
11	K	7,453 円	1 件	件	件	(有)	無	有	(無)
20			件	件	件				無
合 計		57,479 円	2 件	7 件	2 件	5 件	6 件	1 件	10 件

ケアマネジメントB：330単位（3,369円）

ケアマネジメントB：330単位（3,369円）
＋初回加算：300単位（3,063円）

ケアマネジメントC：330単位（3,369円）
＋初回加算：300単位（3,063円）

ケアマネジメントA：430単位（4,390円）

ケアマネジメントA：430単位（4,390円）
＋初回加算：300単位（3,063円）

ケアマネジメントB：330単位（3,369円）
＋小規模多機能連携加算：300単位（3,063円）

合計金額

各ケアマネジメント件数

各加算の有無の合計

◆手引き書P.42
「6.介護予防支援とケアマネジメント費のパターン別報酬請求」参照

【パターン4】のケース
例）要支援1：通所型サービスAを利用

【パターン5】のケース
例）事業対象者：通所型サービスAを利用

【パターン4】のケース
例）要支援1 ：通所型サービスAを利用開始

【パターン5】のケース
例）事業対象者：通所型サービスAを利用開始

【パターン4】のケース
例）要支援2：通所型サービスAと配食サービスを利用

【パターン5】のケース
例）事業対象者：通所型サービスAと配食サービスを利用

【パターン4】のケース
例）要支援1：配食サービスを利用開始

【パターン5】のケース
例）事業対象者：配食サービスを利用開始

【パターン4】のケース
例）要支援2：通所型サービスAと配食サービスを利用。
翌月より小規模多機能利用のため出向いて調整を行なった

【パターン5】のケース
例）事業対象者：通所型サービス（現行相当）と配食サービスを利用

【パターン5】のケース
例）事業対象者：通所型サービス（現行相当）と配食サービスを利用開始

書式4-5

給付管理連絡票（平成　　年　　月分）

<居宅介護支援事業者　→　前橋市地域包括支援センター>

介護予防サービス計画作成 介護予防ケアマネジメント 依頼届出年月日	平成　年　月　日
初回加算該当	有　・　無

保険者番号	保険者名
102012	前橋市
被保険者番号	被保険者氏名
	ﾌﾘｶﾞﾅ

生年月日	性別	要支援状態区分等
明・大・昭 年　月　日	男　・　女	事業対象者 要支援　１　・　２
介護予防ｻｰﾋﾞｽ･総合事業 支給限度基準額	限度額適用期間	
単位／月	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日	

作成区分	
1.介護予防支援事業者及び （委託先)居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成	
受託居宅介護支援 事業所番号	
受託居宅介護支援 事業者事業所名	TEL
担当介護支援専門員 登録番号	
担当介護支援専門員 氏名	

介護予防サービス･総合事業

サービス事業者の事業所名	事業者番号 （県番号－事業所番号）	サービス種類名	サービス 種類コード	給付計画 単位数
	10			
	10			
	10			
	10			
	10			
	10			
	10			
	10			
		合　計		0

【通信欄】※ご確認･ご連絡･お気づきの点等がございましたらご記入ください。

書式4-6

包括→市

請　　求　　書

（一　般　用）

平成　　年　　月　　日

（あて先）前橋市長

請求金額													円

上記の金額を請求します。

ただし　平成　　年　　月の介護予防ケアマネジメントの委託料として

（前橋市地域包括支援センター○○○　分）

請求者

住　所

名　称

氏　名　　　　　　　　　　　　印

（口座振替を希望する場合は、下記の欄に振替先の口座を記入してください）

請求番号		債権者コード										
口座名	カナ 漢字											
口座番号	銀行・信用金庫　本　支店 信用組合・農協 1　普通No. 2　当座No.											

※	担当課名	
※	検収日付・印	

※印は記入不要

書式４－７

介護予防ケアマネジメント実績報告書

平成　　　年　　　月　　1日

（あて先）前橋市長

請求者
住　　所

名　　称

代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

包 括 名　前橋市地域包括支援センター〇〇〇

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務委託契約に基づく、平成　　　年　　　月分の介護予防ケアマネジメントの実績報告を次のとおりいたします。

金　　　　　　　　　　　　　円

【請求内訳】

区　分	契約単価（円）	件　数	金　額
ケアマネジメントＡ	４，３９０円	件	円
ケアマネジメントＢ	３，３６９円	件	円
ケアマネジメントＣ	３，３６９円	件	円
うち 初回加算	３，０６３円	件	円
うち 小規模多機能連携加算	３，０６３円	件	円

前橋市高齢者支援配食サービス利用申請書　□ケアプラン作成　□ケアプラン再作成

書式5－1

（あて先）前橋市長　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　年　　月　　日

前橋市高齢者支援配食サービスの利用について、前橋市高齢者支援配食サービス事業実施要綱〔〕の規定により申請します。

1　利用者

住所			
氏名（フリガナ）		生年月日	年　月　日（　歳）
被保険者番号		電話番号	
状態区分 (○で囲み要介護度を記載)	事業対象者・要支援（　）・要介護（　）	認定期間	～
新規申請理由 （☑を付け詳細を記載）	□低栄養のリスクがある（下記２点に該当すること） ① BMI が 18.5 未満　※BMI=体重(kg)÷身長(m)² 【身長＿＿＿cm　体重＿＿＿kg　BMI ＿＿＿（H＿年＿月＿日現在）】 ② 6ヶ月間で 2kg 以上の体重減少あり【＿＿kg 減少（H＿年＿月頃の体重＿＿kg）】 □買物や調理が困難である 理由 家族構成（○をつける） 1．単身世帯　2．高齢者のみ世帯　3．1および２以外で同居家族あり ※３の場合で日中独居（配食時間帯に利用者が自宅でひとり）になる理由		
介護保険料の滞納	□なし□あり※ありの場合受給要件に当てはまりません		

次の内容について同意します。利用者の介護保険料納付状況及び賦課状況を確認すること。配食サービスの適切な運営のために必要があると市長が認める場合は、介護保険料納付状況及び賦課状況を担当の地域包括支援センター、ブランチ、居宅介護支援事業者に情報提供すること。ケアプラン及び賦課状況について配食事業者に提供すること。 利用者氏名＿＿＿＿＿＿　代筆者氏名＿＿＿＿＿＿　利用者との関係（＿＿＿＿） ※利用者本人が自署できない場合には、本人承諾のうえ代理人による代筆が可能です。その場合には、代筆者の署名をお願いします。	職員確認欄	滞納 有・無 （　） 段階 印

申請書の提出者 (地域包括支援センター、ブランチ又は居宅介護支援事業者)	名称 住所　　　　　　電話番号　（　　） 申請書の提出者 氏名　　　　　ケアプラン担当者 氏名
届出書(※)の届出日	平成　年　月　日

※：届出書とは「居宅（介護予防）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」です。

2　配食サービス希望利用内容

配食事業者名									
配食開始希望日	平成　年　月　日　昼食・夕食　（○をつける）から								
曜日と回数	昼食	月	火	水	木	金	土	日	小計
	夕食	月	火	水	木	金	土	日	小計
	※利用曜日に事業者の場合は○を、ボランティア配食の場合は◎を付けてください。								週総合計

※　審査の結果、申請内容どおりの決定とならない場合があります。別紙の留意事項も必ずご確認ください。

書式5－2

前橋市高齢者支援配食サービス利用変更申請書（ケアプラン再作成なし）　　申請日　　年　　月　　日

（あて先）前橋市長

前橋市高齢者支援配食サービスの利用変更について、前橋市高齢者支援配食サービス事業実施要綱【】の規定により申請します。

1　利用者

氏名（フリガナ）			
住所			
電話番号			
被保険者番号		生年月日	年　月　日（　　歳）

2　変更内容（変更が生じる項目の □ に ☑ をつけ、変更後の内容を記載してください）

□	住所	
□	電話番号	
□	ケアプラン担当者（地域包括支援センター、ブランチ、居宅介護支援事業者）	名称 住所 電話番号　（　　）　　ケアプラン担当者

□ 配食サービス利用内容（変更内容として当てはまる項目の □ に ☑ をつけてください（複数可））

□ 配食回数の増加　　□ 配食回数の減少
□ 曜日の変更　　□ 時間区分（昼食・夕食）の変更

※別の配食事業者に変更する場合など、ケアプランの再作成が伴う場合は「高齢者支援配食サービス利用申請書」の申請となります。

以下に変更後の全内容を記載してください

昼食	月	火	水	木	金	土	日	昼食小計
夕食	月	火	水	木	金	土	日	夕食小計
※利用希望曜日に事業者の場合は○を、ボランティア配食の場合は◎を付けてください。								週総合計
配食事業者名								

3　変更理由（必須）

変更理由	※理由が適正でない場合、申請を却下する場合があります。
変更開始希望日	平成　　年　　月　　日 から変更

申請書の提出者	名称 住所 電話番号　（　　）　　申請書の提出者 氏名

※審査の結果、申請内容どおりの決定とならない場合があります。別紙の留意事項も必ずご確認ください。

書式5－3

前橋市高齢者支援配食サービス廃止届出書　　　　　　　　申請日　　　　年　　　月　　　日

（あて先）前橋市長

前橋市高齢者支援配食サービスの利用を廃止しますので、前橋市高齢者支援配食サービス事業実施要綱【】の規定により届出します。

<table>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>フリガナ
氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>被保険者番号</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>廃止理由
(☑を付け詳細を記載)</td><td colspan="3">□ 対象者に該当しなくなったため　□ ６ヶ月以上の入院が見込まれるため
□ 施設に入所したため　□ 転出又は死亡したため
□ その他
【詳細理由（必須）】</td></tr>
<tr><td>廃止日</td><td colspan="3">平成　　　年　　　月　　　日　より</td></tr>
<tr><td>届出書の提出者（地域包括支援センター、ブランチ又は居宅介護支援事業者名）</td><td colspan="3">名称
住所
電話番号　　　　　提出者氏名</td></tr>
</table>

高齢者支援配食サービスを申請および利用上の留意事項

1　申請について確認いただきたいこと

（1）配食サービス利用申請の理由について

配食サービスは、担当ケアマネジャー等のアセスメントの結果に基づき、「低栄養の予防や改善の必要がある方」、又は「ひとり暮らし又は高齢者のみの世帯又は日中ひとりであり、買物や調理が困難で見守りの必要がある方」で配食する必要がある場合に利用できます。これらの理由なく配食サービスの利用申請をすることはできません。なお、原則的に、配食は本人に手渡しとなります。

（2）利用申請から配食サービス開始までの期間について

市は利用申請書を受理した後、申請内容の審査を行います。なお、審査をしている期間（利用申請日から配食サービスの決定がおりるまでの期間）に利用することが可能です。審査により、配食サービスの利用が決定した場合は、申請日よりサービスの適用となります。ただし、決定とならなかった場合は、配食サービスの適用はなく自費利用となりますので、ご注意ください。

（3）新規の要介護・要支援認定中の利用不可について

配食サービスの対象者は「介護予防・生活支援サービス事業対象者、要支援者、要介護者」です。したがって、これらに該当していない方で、要介護・要支援認定の新規申請中の方は、認定結果が決定するまでは対象者とならないため、配食サービスを利用することはできません。

（4）介護保険料の滞納者の利用不可について

配食サービスは、介護保険料の滞納のない方を対象としています。そのため、介護保険料の納付状況を申請後、確認させていただきます。

2　利用について確認いただきたいこと

（1）高齢者配食サービス利用決定通知書の送付について

ご提出いただいた利用申請書は、利用者を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）又は地域包括支援センター職員、ブランチ職員を経由し、前橋市介護高齢課で受理します。その後、介護高齢課において申請書を審査し、後日、利用決定通知書を利用者に送付します。なお、配食サービスの対象となるものは、利用決定通知書に記載された内容のみとなります。決定通知書に記載がない曜日や時間区分（昼食・夕食）に追加で配食を行う場合、本サービスの適用はありません。したがって、利用内容を変更する場合には、事前にケアプラン担当者に相談のうえ、変更の申請や、場合によってはケアプランの再作成と利用申請をお願いします。

（2）配食の利用者負担額について

高齢者支援配食サービスにおいて、利用者負担額は正規料金から市補助分２００円（見守り・配送料）を差し引いた額です。利用者負担額は、配食事業者に直接お支払いください。なお、お支払いができない場合、配食サービスの利用を取り消す場合があります。
※本サービスの適用がない状態で配食を受けた場合は正規料金での負担が発生します。

（３）配食時間について

・昼食の配達時間：原則午前１１時から午後１時まで

・夕食の配達時間：原則午後４時から午後７時まで

詳細な時間については個別に配食事業者と決定してください。

（４）配食の受け取りについて

受け取り時には、その都度、受け取りや安否の確認のため捺印又はサインをお願いします。なお、配食サービスは、安否の確認や見守りという目的を兼ねています。したがって、利用者の不在時にお弁当を置いておく対応は望ましくありませんが、デイサービスや通院等で帰宅が遅れることを予め配食事業者に連絡し、了解を得ている場合に限り、安全性や衛生面を考慮して配達しておくことも可能とします。

（５）配食のキャンセルについて

外出やその他の理由で、配食サービスを一時的にキャンセルする場合には、「①配食事業者と②利用者を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）又は地域包括支援センター職員、ブランチ職員」の両者に直接ご連絡ください。なお、キャンセルの連絡の可能時間は各配食事業者にご確認をお願いします。キャンセルの可能時間を過ぎた場合又は無断キャンセルの場合には、利用者負担額が発生しますのでご了承ください。なお、入院等の理由により６ヶ月以上にわたって配食を中止とする場合には、廃止の届出をお願いします。

3　利用者を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）又は地域包括支援センター職員、ブランチ職員に確認いただきたいこと

（１）配食事業者への事前協議

利用申請書を提出する前に、担当となる配食事業者に必ず連絡し、利用者への配食が可能か確認を行ってください（配達地域、調理食数その他条件により、利用者への配食が不可能な場合があるため）。確認のうえ、配食が可能な配食事業者のみ利用申請書に記載してください。利用できる事業者は一事業者のみになります。また、配食は申請日以降から開始（利用申請書の配食開始希望日を申請日以降の日付で提出）して下さい。緊急時の対応を配食事業者と事前に確認をしてください。

（２）配食サービスのケアプランへの組み込み

配食サービスの利用については、必ず、利用者のケアプランに位置づけてください。ケアプランに位置づけずに本サービスの利用はできません。

（３）市によるケアプランの確認について

配食サービスの適切な利用のために、提出されたケアプラン内容の確認をし、必要に応じて担当者へ問い合わせをすることがあります。

【問い合わせ先】

前橋市　介護高齢課　介護予防係

住所：前橋市大手町二丁目１２番１号

電話：０２７－８９８－６１３３（直通）

書式5－4 ①

通所型サービスC『歩行・動作軽やかスクール』
個別計画・報告書（案）

教室担当者（作成者）:

ケアマネジメント担当者:

氏名	フリガナ	男 ・ 女	特記事項:	
	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生 （ ）歳		認定	事業対象者・要支援1・要支援2
住所			TEL/FAX	

目標（ケアプラン）				
運動の目標				
当初	中間	最終	プログラム	宿題
			1. ピンシャン！元気体操【 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ 】	
			2. マッサージ【 】	
			3. ストレッチ【 】	
			4. 筋力強化【 】	
			5. バランストレーニング【 】	
			6. ウォーキング【 】	
			7. その他【 】	

評価項目		開始時 : 平成 年 月 日	終了時 : 平成 年 月 日	維持・改善
主観的健康感		1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
BMI		身長（ ）cm 体重（ ）kg BMI（ ）	身長（ ）cm 体重（ ）kg BMI（ ）	
生活と健康について		合計 ／40	合計 ／40	
運 動 器 評 価				
共通	運動習慣	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	痛み（VAS）	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 部位	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 部位	
	握力	kg （右 ・ 左）	kg （右 ・ 左）	
	開眼片脚立ち	秒 （右 ・ 左）	秒 （右 ・ 左）	
	TUG	秒	秒	
	最大歩行速度（5m）	秒 歩 補装具（ ）	秒 歩 補装具（ ）	
課題別				

終了時の評価コメント		目標達成度
		達成 未達成

上記計画について、同意いたします。 平成 年 月 日 氏名

書式5－4 ②

通所型サービスC『ひざ･腰らくらく教室』
個別計画･報告書（案）

作成者：

ケアマネジメント担当者：

氏名	フリガナ	男 ・ 女	特記事項：
	明・大・昭　年　月　日生　（　　）歳	認定	事業対象者･要支援1･要支援2
住所		TEL/FAX	

目標（ケアプラン）				
運動の目標				
当初	中間	最終	プログラム	宿題
			1. ピンシャン！元気体操【　①　②　③　④　⑤　⑥　】	
			2.柔整手技	
			3.百歳体操	
			4.ウォーキング	
			5.その他	

評価項目		開始時 ： 平成　年　月　日	終了時 ： 平成　年　月　日	維持･改善
主観的健康感		1　2　3　4　5	1　2　3　4　5	
BMI		身長（　）cm 体重（　）kg BMI（　）	身長（　）cm 体重（　）kg BMI（　）	
生活と健康について		合計　／40	合計　／40	
運　動　器　評　価				
共通	運動習慣	1　2　3　4　5	1　2　3　4　5	
	痛み（VAS）	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 部位	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 部位	
	握力	kg　（右 ・ 左）	kg　（右 ・ 左）	
	開眼片脚立ち	秒　（右 ・ 左）	秒　（右 ・ 左）	
	TUG	秒	秒	
	最大歩行速度（5m）	秒　歩　補装具（　）	秒　歩　補装具（　）	
課題別				

終了時の評価コメント		目標達成度
		達成　　未達成

上記計画について、同意いたします。　平成　年　月　日　氏名

書式5－4 ③

通所型サービスC『楽楽食教室』
個別計画・報告書（案）

教室担当者（作成者）：

ケアマネジメント担当者：

氏名	フリガナ	男 ・ 女	特記事項：	
	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生 （ ）歳		認定	事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2
住所			TEL/FAX	

目標 （ケアプランより転記）	
栄養・口腔の目標	

＜個別プログラム＞

	プログラム内容	
栄 養	食事について	
	調 理	
口 腔	咀嚼訓練 ・ 嚥下訓練 ・ 発声練習 ・ セルフケア	
	咀嚼訓練 ・ 嚥下訓練 ・ 発声練習 ・ セルフケア	
その他		

	初 回 平成 年 月 日		最 終 回 平成 年 月 日		維持 改善
主観的健康感	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
BMI	身長（ ）cm 体重（ ）kg BMI（ ）		身長（ ）cm 体重（ ）kg BMI（ ）		
生活と健康について	合計 ／40		合計 ／40		

栄養の評価					
食事について	食事回数	1. 3回 2. 2回 3. 1回	食事回数	1. 3回 2. 2回 3. 1回	
	食事量	1. 十分 2. やや不十分 3. 不十分	食事量	1. 十分 2. やや不十分 3. 不十分	
	食事バランス	1. 十分 2. やや不十分 3. 不十分	食事バランス	1. 十分 2. やや不十分 3. 不十分	
	食欲	1. あり 2. あまりない 3. なし	食欲	1. あり 2. あまりない 3. なし	
調理	調理意欲	1. あり 2. あまりない 3. なし	調理意欲	1. あり 2. あまりない 3. なし	
	主食の用意	1. 調理できる 2. 買う 3. しない	主食の用意	1. 調理できる 2. 買う 3. しない	
	おかずの用意	1. 調理できる 2. 買う 3. しない	おかずの用意	1. 調理できる 2. 買う 3. しない	
	献立づくり	1. できる 2. ややできる 3. 困難	献立づくり	1. できる 2. ややできる 3. 困難	
口腔機能向上の評価					
咀嚼機能	硬いものの咀嚼	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	硬いものの咀嚼	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	
	咬合 義歯：あり・なし	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	咬合 義歯：あり・なし	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	
嚥下機能	舌の動き	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	舌の動き	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	
	飲み込み	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	飲み込み	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	
発声・発話	話やすさ （滑舌）	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	話やすさ （滑舌）	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	
セルフケア	ケア習慣	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	ケア習慣	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	
	舌の清潔さ	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	舌の清潔さ	1. 出来る 2. やや不十分 3. 不十分	

終了時の評価 コメント		目標達成度
		達成 未達成

上記計画について、同意いたします。 平成 年 月 日 氏名

書式5－4 ④

通所型サービスC 『脳活教室』

個別計画・報告書（案）

教室担当者（作成者）：

ケアマネジメント担当者：

氏名	フリガナ	男 ・ 女	特記事項：	
	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生 （ ）歳		認定	事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2
住所			TEL/FAX	

目標 （ケアプランより転記）	
脳活目標	

＜個別プログラム＞

運　動	
知的活動	
その他	

＜集団プログラム＞

①	脳活講座 （運動・食事・休養など）
②	読みあいトレーニング
③	脳活レクリエーション
④	体操 （ピンシャン元気体操、ストレッチ）

	初回 平成 年 月 日							最終回 平成 年 月 日							維持改善
基本チェックリスト	運動	栄養	口腔	外出	物忘れ	こころ	生活	運動	栄養	口腔	外出	物忘れ	こころ	生活	
	／5	／2	／3	／2	／3	／5	／20	／5	／2	／3	／2	／3	／5	／20	
主観的健康感	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
生活と健康について	合計 ／40							合計 ／40							
運動習慣	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
活動能力指標	合計 ／13							合計 ／13							
もの忘れ	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5							
認知機能	YKSST： 点	語想起： 個	かなひろい： 個					YKSST： 点	語想起： 個	かなひろい： 個					

終了時の評価コメント		目標達成度
		達成　未達成

上記計画について、同意いたします。　　平成　　年　　月　　日　氏名

書式5－5 ①

訪問型サービスC 『我が家でピンシャン！』

個別計画・報告書（案）

教室担当者（作成者）：

ケアマネジメント担当者：

氏名	フリガナ	男 ・ 女	特記事項：	
	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生 （ ）歳		認定	事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2
住所			TEL/FAX	

目標 （ケアプランより転記）													
訪問計画	訪問期間 ヶ月			希望曜日 曜日				希望時間帯 午前 ・ 午後					
基本チェックリスト	該当リスク	運動		栄養		口腔		外出		物忘れ		こころ	

＜サービス実績＞

	日程	プログラム	担当者		日程	プログラム	担当者
①	月 日（ ） 時			⑤	月 日（ ） 時		
②	月 日（ ） 時			⑥	月 日（ ） 時		
③	月 日（ ） 時			⑦	月 日（ ） 時		
④	月 日（ ） 時			⑧	月 日（ ） 時		

	初回 平成 年 月 日							最終回 平成 年 月 日							維持 改善
基本チェックリスト	運動	栄養	口腔	外出	物忘れ	こころ	生活	運動	栄養	口腔	外出	物忘れ	こころ	生活	
	／5	／2	／3	／2	／3	／5	／20	／5	／2	／3	／2	／3	／5	／20	
主観的健康感	1 2 3 4 5							1 2 3 4 5							
生活と健康について	合計 ／40							合計 ／40							
運動習慣	1 2 3 4 5							1 2 3 4 5							

終了時の評価 コメント		目標達成度
		達成 未達成

上記計画について、同意いたします。　　平成 年 月 日 氏名

書式5－5 ②

訪問型サービスC　運動プログラム
個別計画・報告書（案）

教室担当者（作成者）:

ケアマネジメント担当者:

氏名	フリガナ	男 ・ 女	特記事項:	
	明 ・ 大 ・ 昭　年　月　日生　（　）歳		認定	事業対象者・要支援1・要支援2
住所			TEL/FAX	

目標（ケアプラン）	
運動の目標	

当初	中間	最終	プログラム	宿題
			1. ピンシャン！元気体操【　①　②　③　④　⑤　⑥　】	
			2. マッサージ【　】	
			3. ストレッチ【　】	
			4. 筋力強化【　】	
			5. バランストレーニング【　】	
			6. ウォーキング【　】	
			7. その他【　】	

評価項目		開始時 ： 平成　年　月　日	終了時 ： 平成　年　月　日	維持・改善
	痛み（VAS）	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ｜ 部位	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ｜ 部位	
	握力	kg　（右 ・ 左）	kg　（右 ・ 左）	
	開眼片脚立ち	秒　（右 ・ 左）	秒　（右 ・ 左）	
	TUG	秒	秒	
	最大歩行速度（5m）	秒　歩 ｜ 補装具（　）	秒　歩 ｜ 補装具（　）	
課題別				

終了時の評価 コメント		目標達成度 達成　未達成

上記計画について、同意いたします。　平成　年　月　日　氏名