**居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証の届出書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

①　訪問介護が必要な理由（具体的に記入してください）

|  |
| --- |
|  |

②　提出書類チェック表

**（個人情報をマスキングしていないものを１部とマスキングしているものを１部ご提出下さい。）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 書類の名称（全て写しで可） | 注意事項 |
|  | 居宅サービス計画書(1)「第１表」 | 利用者へ交付してあるものの写し |
|  | 居宅サービス計画書(2)「第２表」 |  |
|  | 週間サービス計画表「第３表」 |  |
|  | アセスメント表 |  |