介護保険に係る自己作成扱い届出書

令和　　年　　月　　日

古賀市保健福祉部健康介護課長　様

事業所名

担当者名

標記の件について、下記の期間に係る暫定ケアプランを自己作成扱いとしていただきますようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | 生年月日 | | 明・大・昭 　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護状  態区分 |  | 前回の認定  有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 今回の申請区分 |  | 申請年月日 | 年　　月　　日 | | 認定年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 今回の要介護状  態区分 |  | 今回の認定  有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 自己作成扱いと  する理由 | 1. 要支援の暫定ケアプランを立てたが要介護の結果が出たため   ２．要介護の暫定ケアプランを立てたが要支援の結果が出たため  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己作成扱いとする期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付管理の有無  及び期間 | ・有（　　　　年　　月サービス提供分 ～ 　　　　年　　月サービス提供分）  ・無 | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付管理を依頼  する理由 | １．暫定ケアプランの期間が月を跨ったため  ２．暫定ケアプランの期間は月を跨らなかったが、月末時点で担当する事業者が  いないため  ３．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 |  | | | | | | | | | | | | | | |

* 給付管理の必要がある場合には、サービス提供事業者が請求を行う月の５日までに、対象となる月のサービス利用票、サービス利用票別表を併せて提出してください。
* 暫定ケアプランについては、貴事業所において適切に保管するともに、引継ぎを行う地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所に適宜情報提供を行ってください。