様式第２号（第７条第１項関係）

**記　載　例**

平成２９年８月２１日

弘前市長　様

所在地

報告者　法人名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

施設毎に報告書を提出

してください。

記入者の職名及び氏名と

連絡先電話番号を記入して

ください。

連絡先　　　　　　　　担当者職氏名

市の記入欄です。

記入しないでください。

平成２９年度弘前市要介護度改善支援奨励事業算定対象者報告書（通所サービス事業所用）

平成２９年度要介護度改善支援奨励事業算定対象者について、下記のとおり報告します。

事業所名（　デイサービスセンター○○○　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者番号 | 氏　名 | 性別 | 生年月日 | サービス　利用開始　年月日 | 軽減前の要介護度 | 軽減後の要介護度 | 軽減後の有効期間初日 | サービス利用回数 | 加算番号(※) | 軽減に至った取組、要因等 | 市確認欄 |
| 適否 | 軽減段階数 |
| 1 | 0000456789 | 弘前　太郎 | 男 | S3年4月5日 | H26年6月1日 | ４ | ３ | H29年5月1日 | ３回/週 | 1. ③
 | 口腔体操と嚥下訓練による嚥下機能向上、下肢リハビリ | ・否 | １ 段階 |
| 2 | 0000011111 | 青森　花子 | 女 | S10年10月10日 | H27年7月7日 | ２ | 支２ | H29年8月20日 | ２回/週 | 1. ②
 | 歩行訓練、栄養改善 | ・否 | ２ 段階 |
| 3 | 0007777777 | 介護　次郎 | 男 | S17年7月7日 | H28年4月1日 | ２ | １ | H29年5月1日 | ２回/週 |  | パワーリハビリテーション | 適・ | １ 段階 |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 | 段階 |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  | 利用回数と加算は、軽減した月の前月の実績を記入。 | 回/週 |  | 例えば…確認の結果、H29年4月の利用実績が、・月4回であったため。・加算していなかったため。　　　　　　など | 適・否 | 段階 |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 | 段階 |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 | 段階 |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 | 段階 |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 | 段階 |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 | 段階 |

※次の加算のうち該当するものの番号を記載すること（①個別機能訓練加算、②栄養改善加算、③口腔機能向上加算、④リハビリテーションマネジメント加算）。

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４横長としてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当及び提出先：健康福祉部介護福祉課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：４０－７０７２