様式第２号（第７条第１項関係）

平成　　年　　月　　日

弘前市長　様

所在地

報告者　法人名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先　　　　　　　　担当者職氏名

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（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  | 回/週 |  |  | 適・否 |  |

※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