「リハビリテーション専門職による自立支援型ケアプラン作成支援事業」

リハ職　⇒　市（　**区役所福祉課**　）

実績報告書（　　　）回目

年　月　日

熊本市長　（宛）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

次のとおり「リハビリテーション専門職による自立支援型ケアプラン作成支援事業」にて技術支援等を実施しましたので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 支援対象者氏名（被保険者氏名） |  |
| 支援日時 | 　　年　　月　　日（　　）　　　　時　　分～　　時　　分 |
| 支援場所 | [ ] 自宅　　　[ ] 事業所（　　　　　　　　　　　　）　 |
| 支援内容　 | 1. ケアマネジャー及びサービス事業所への指導・援助

[ ] ケアプラン作成支援　 　[ ] サービス環境調整[ ]  ADL・IADLの維持向上　　[ ] 自立支援に向けた支援方法[ ] 評価及び指導（　[ ] 初回訪問　・　[ ] モニタリング　）[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. 本人への指導・援助

[ ] 生活環境調整　　　[ ] ADL・IADLの維持向上　　[ ] 介護保険サービス利用方法　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. 家族への指導・援助

[ ] 生活環境調整　　[ ] 自立支援に向けた支援方法・介護の工夫[ ] ADL・IADLの維持向上　　[ ] 介護保険サービス利用方法[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

記　入　例

リハ職　⇒　市（　**区役所福祉課**　）

「リハビリテーション専門職による自立支援型ケアプラン作成支援事業」

実績報告書（　　）回目

年　月　日

熊本市長　（宛）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

**口座振替依頼書と同じ内容**

**｛住所、氏名、連絡先｝を記載する。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　 次のとおり「リハビリテーション専門職による自立支援型ケアプラン作成支援事業」にて技術支援等を実施しましたので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 支援対象者氏名（被保険者氏名） |  |
| 支援日時 | 　　年　　月　　日（　　）　　　　時　　分～　　時　　分 |
| 支援場所 | [ ] 自宅　　　[ ] 事業所（　　　　　　　　　　　　　） |
| 支援内容該当箇所をクリック　 | 1. ケアマネジャー及びサービス事業所への指導・援助

[ ] ケアプラン作成支援　 　[ ] サービス環境調整[ ]  ADL・IADLの維持向上　　[ ] 自立支援に向けた支援方法[ ] 評価及び指導（　[ ] 初回訪問　・　[ ] モニタリング　）[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. 本人への指導・援助

[ ] 生活環境調整　　　[ ]  ADL・IADLの維持向上　　[ ] 介護保険サービス利用方法　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. 家族への指導・援助

[ ] 生活環境調整　　[ ] 自立支援に向けた支援方法・介護の工夫[ ]  ADL・IADLの維持向上　　[ ] 介護保険サービス利用方法[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |