

例) 令和3年3月実績 要支援2 訪問型サービスを週2回利用した場合

3年 3月分

介護

FAXを利用する場合は、例えば、「越花」などとし、後日、原本を提出すること。

愛総合事業 実績・評価報告書

利用者氏名	越谷 花子 様	支援区分	要支援 1・2 事 業対象者	有効期間	2年 10月 1日 ～ 3年 9月 30日
利用サービス	訪問型サービス(訪問介護相当サービス ・ 訪問型サービスA) 通所型サービス(通所介護相当サービス ・ 通所型サービスA) その他 ()				
週間予定日	曜日	月	曜日	利用時間	10時00分 ～ 15時00分
	曜日	木	曜日	利用時間	10時00分 ～ 15時00分
	曜日		曜日	利用時間	時 分 ～ 時 分

サービス実施期間	3年 3月 1日 ～ 3年 3月 31日
----------	----------------------

【利用日】※利用日を記入

日	月	火	水	木	金	土	備考
	1			4			
	8			11			
	15			18			
	22			25			
	29						

利用月の利用曜日の欄に日にちを記入。備考欄には、利用日に変更があった場合に記入。

サービスコード		サービス内容略称 ※加算・減算についても「〇〇加算(減算)」としてご記入ください。	単位
種類	項目		
A1	1211	訪問型サービスII	2335
A1	4001	訪問型サービス初回加算	200

【実績単位数】 合計単位数を記入 (※処遇改善加算・提供体制強化加算は含まず)

合計 **2535** 単位

※介護職員処遇改善加算 (I ・ II ・ III ・ IV ・ V)	単位
※介護職員等特定処遇改善加算 (I ・ II)	単位
※サービス提供体制強化加算 (I ・ II ・ III)	単位

【サービス事業所の計画の目標】	【目標の評価】
地域包括支援センター(指定介護予防支援事業所)のケアプランの目標に沿って、事業所で検討した目標を記入してください。 ※具体的支援内容も含めて	事業所の目標に対する本人のご様子を含めた評価を記入してください。
【その他の特記事項】※利用者の状況の変化、新たなニーズ、支援経過、計画の変更等ご意見があればご記入ください。	
ご本人の状況の変化や新たなニーズ、計画変更に必要な意見等あれば記入してください。	

上記のとおり、介護予防・日常生活支援総合事業利用実績について報告します。

年 月 日 事業所名

担当者名