

5 0 1 【介護事業者等指導・監査資料】

介 護 予 防 支 援

名 称	
市 町 村 名	
事 業 者 番 号	
実 施 年 月 日	令和 年 月 日
記 入 者	職氏名

検 査 吏 員	職氏名
	職氏名
	職氏名
	職氏名

以下点検事項に該当する場合、☑してください。

点検項目	点検事項	点検結果	
初回加算	新規に介護予防サービス計画を作成	<input type="checkbox"/>	該当
委託連携加算	指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供している等	<input type="checkbox"/>	該当
介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	利用者が介護予防小規模多機能居宅介護の利用を開始する際に、介護支援専門員が介護予防小規模多機能居宅介護事業所に出向き必要な介護予防サービスの利用状況等情報提供し、当該事業所の居宅サービス計画の作成に協力	<input type="checkbox"/>	該当
	利用開始日前6月以内に介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算の算定	<input type="checkbox"/>	なし