

ヒアリングシート

以下の【回答】欄に確認内容を記入して、窓口へ持参、もしくは郵送でご回答ください。

No. 要介護度	被保険者番号	氏名	性別	年齢	支援事業者番号	支援事業者名称	ケアマネ番号	ケアマネ名	提供事業者番号	提供事業者名称	サービス提供月	種類明細コード	日数回数	サービス単位数	サービス種類	確認事項
No.1 要介護4	0000000000	高田 花子	女	81					000000	△△居宅介護事業所	2023年7月	736128	1	800	小多機能	【管理番号:1】 主治医意見書の認知症自立度がⅡ以下の状態の方に、小規模多機能型居宅介護の認知症加算Ⅰが給付されています。加算要件に関する書類の写しを提出してください。

【回答】 ケアプラン見直し予定: 有 無 / 過誤調整: 有 無 (左記の該当する項目にチェックをしてください。)

確認事項に対して回答、意見等を自由に記載ください。

【回答】 ケアプラン見直し予定: 有 無 / 過誤調整: 有 無 (左記の該当する項目にチェックをしてください。)

回答期日: 令和5年 月 日までにご確認をお願いいたします。

【回答・お問合せ先】 〒029-2292 陸前高田市高田町字下和野100番地
陸前高田市福祉部福祉課介護係 Tel:0192-54-2111(内線245)

調査回答日:
事業者名/回答者名:
回答者連絡先: