様式第１号（第７条第１項関係）

**記　載　例**

平成３０年９月６日

弘前市長　様

理事長印

所在地

施設毎に報告書を提出

してください。

報告者　法人名

記入者の職名及び氏名と

連絡先電話番号を記入して

ください。

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

連絡先　　　　　　　　担当者職氏名

市の記入欄です。

記入しないでください。

市の記入欄です。

記入しないでください。

平成３０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（施設用）

平成３０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。

施設名（　○○○ホーム　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 区分(※) | 被保険者番号 | 氏　名 | 性別 | 生年月日 | 入所年月日 | 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 | 退所等の年月日 | 軽減に至った取組、要因等 | 市確認欄 |
| 適否 | 軽減段階数 | 交付月数・継続 |
| 1 | 継 | 0123456789 | 弘前　太郎 | 男 | S3年4月5日 | H26年6月6日 | ３ | ２ | 29年4月1日 |  | 水分摂取、栄養摂取の徹底 | ・否 | １ | １２月・継 |
| 2 | 継 | 0007777777 | 介護　次郎 | 男 | S17年7月7日 | H24年4月4日 | ３ | １ | 29年7月1日 | 30年7月31日 | パワーリハビリテーション | ・否 | ２ | １２月・継 |
| 3 | 継 | 0000000033 | 福祉　ヒロ | 男 | S13年3月3日 | H25年5月5日 | ４ | ３ | 29年10月1日 |  | 歩行訓練、栄養改善 | ・否 | １ | 月・ |
| 4 |  | 0000012345 | 弘前　市子 | 女 | S19年9月9日 | H27年7月7日 | ３ | ２ | 30年3月1日 |  | 下肢リハビリ | ・否 | １ | 月・ |
| 5 |  | 0000004444 | 津軽　三郎 | 男 | S8年8月8日 | H28年3月1日 | ３ | １ | 30年5月20日 | 30年7月31日 | 口腔体操と嚥下訓練による嚥下機能向上、リハビリ | ・否 | ２ | ２月・継 |
| 6 |  | 0001111111 | 相馬　ムラ | 女 | S2年5月25日 | H19年9月1日 | ５ | ４ | 30年7月1日 |  | 介護の手間がかからなくなった | 適・ |  | 月・継 |
| 7 |  |  |  |  | 軽減前の要介護度が、初めての認定でないこと、入院中の調査でないことを確認してください。 |  |  |  |  | 前回報告時の継続者について全て記入してください。「良質な介護サービス提供による軽減」ではないため。 |  | 適・否５月・６月の２か月分 |  | 月・継 |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |  | 月・継 |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |  | 月・継 |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 適・否 |  | 月・継 |

※区分欄は、前回の報告書の市確認欄で「適」且つ「継」とされた者について「継」と記載する。

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