FAX送信日　：　　●●年●●月●●日

**提出書類確認用　ＦＡＸ送信票**

FAX送信日　：●●年●●月●●日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 送信先   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **下記の提出先に○をつけること** | **FAX番号** | **電話番号** | **担当地区** | | 高齢者サポートセンター古河　（古河市地域包括支援センター古河） | 23-6518 | 23－6517 | 古河地区 | | 高齢者サポートセンター総和　（古河市地域包括支援センター総和） | 23-5667 | 23－5661 | 総和地区 | | 高齢者サポートセンター三和　（古河市地域包括支援センター三和） | 77-1911 | 77－1901 | 三和地区 | |  |
| 送信者 | **事業所・担当CM**  **FAX　　　　-　　　　-　　　 ℡　　　　-　　　　-** |
| 下記のシステムの入力が終わりましたのでご確認ください。   |  |  | | --- | --- | | 利用者氏名 |  | | プラン期間 | **年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日まで** | | 確認依頼帳票 | **支援計画書原案　・　支援評価表　・　（　　　　　　　　　　　）** | | 担当者会議予定日 | **年　　　月　　日　・　担当者会議実施　済** | | 連絡事項 |  | |  | |  | | |
| 受取確認・返信用　　　高齢者サポートセンター ( 古河・総和・三和 )  ☆　情報の流失・漏洩紛失防止のため、受取確認欄を記入の上、本票の返送を行います。  また、介護支援計画等記録の修正があった際には、このファックスにて連絡をさせていただいています。  **確認日：**　　　　　年　　　月　　　日　**確認者：**  **連絡事項** | |

**提出書類確認用紙　窓口提出用**

提出日　：●●年●●月●●日

|  |  |
| --- | --- |
| 提出事業所 | **事業所**  **担当CM**  **FAX　　　　-　　　　-　　　 ℡　　　　-　　　　-** |
| 下記の利用者に関する帳票を提出します。   |  |  | | --- | --- | | 利用者氏名  または被保険者番号 |  | | プラン期間 | **年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日まで・・・①**  **年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日まで・・・②** | | 確認依頼帳票 | **支援計画表原案**  **基本情報　・　チェックリスト　・　支援計画表　・　担当者会議**  **利用票　・　支援経過　・　支援評価表　・　（　　　　　　　　　　　）** | | 担当者会議予定日 | **年　　　　月　　　日　・　担当者会議実施　済** | | 連絡事項 |  | |  | |  | | |
| 返信用　　　高齢者サポートセンター ( 古河・総和・三和 )  ☆　上記の提出された介護支援計画のコメントの記載が終わりました。窓口の受け箱内に準備してありますので窓口までお越しください。  **返信日：**　　　　　　年　　　月　　　日　**返信者：**  **連絡事項** | |

**提出書類確認用　ＦＡＸ送信票**

記入例

FAX送信日　：　　●●年●●月●●日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 送信先   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **下記の提出先に○をつけること** | **FAX番号** | **電話番号** | **担当地区** | | 高齢者サポートセンター古河　（古河市地域包括支援センター古河） | 23-6518 | 23－6517 | 古河地区 | | 高齢者サポートセンター総和　（古河市地域包括支援センター総和） | 23-5667 | 23－5661 | 総和地区 | | 高齢者サポートセンター三和　（古河市地域包括支援センター三和） | 77-1911 | 77－1901 | 三和地区 | |  |
| 送信者 | 事業所・担当CM　　　○○居宅介護支援事業所　　△△　△△  FAX　**○○○○-○○-○○○○**　 ℡　**△△△△-△△-△△△△** |
| 下記のシステムの入力が終わりましたのでご確認ください。   |  |  | | --- | --- | | 利用者氏名 | **古○　桃○** | | プラン期間 | **○○年　○○月 ○○日　～　　　 ○○年　○○月 ○○日まで** | | 確認依頼帳票 | **支援計画書原案　・　支援評価表　・　（　　　　　　　　　　　）** | | 担当者会議予定日 | **○○年 ○○月 ○○日　・　担当者会議実施　済** | | 連絡事項 |  | |  | |  | | |
| 受取確認・返信用　　　高齢者サポートセンター ( 古河・総和・三和 )  ☆　情報の流失・漏洩紛失防止のため、受取確認欄を記入の上、本票の返送を行います。  また、介護支援計画等記録の修正があった際には、このファックスにて連絡をさせていただいています。  確認日：　　　　　　年　　　月　　　日　確認者：  連絡事項 | |

**提出書類確認用紙　窓口提出用**

記入例

提出日　：　　●●年●●月●●日

|  |  |
| --- | --- |
| 提出事業所 | **事業所　　　○○居宅介護支援事業所**  **担当CM　　△△　△△**  **FAX　○○○○-○○-○○○○　℡　△△△△-△△-△△△△** |
| 下記の利用者に関する帳票を提出します。   |  |  | | --- | --- | | 利用者氏名  または被保険者番号 | **○○　○○** | | プラン期間 | **○○年○○月○○日　～　　　○○年○○月○○日まで・・・①**  **年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日まで・・・②** | | 確認依頼帳票 | **支援計画表原案**  **基本情報　・　チェックリスト　・　支援計画表　・　担当者会議**  **利用票　・　支援経過　・　支援評価表　・　（　　　　　　　　　　　）** | | 担当者会議予定日 | **○○年○○月○○日　・　担当者会議実施　済** | | 連絡事項 |  | |  | |  | | |
| 返信用　　　高齢者サポートセンター ( 古河・総和・三和 )  ☆　上記の提出された介護支援計画のコメントの記載が終わりました。窓口の受け箱内に準備してありますので窓口までお越しください。  **返信日：**　　　　　　年　　　月　　　日　**返信者：**  **連絡事項** | |