

要介護度の維持・改善に係る評価対象利用者（入所）

最新の介護保険証の認定年月日を記載してください。

当該事業所のサービスを3か月以上利用した後、対象期間内（平成31年4月1日～令和2年3月31日）に更新・変更認定を受けた者を全て記載してください。
ただし、要介護度5の者で、更新・変更認定後も要介護度の変化がなかった者は記載不要です。

事業所番号	1474〇〇〇〇〇〇
事業所名	特別養護老人ホームかながわ

対象期間 平成31年4月1日～令和2年3月31日

No.	保険者	性別	生年月日	サービス利用開始日	サービス利用終了日	認定前	更新	変更) 認定後	区分		
						(旧) 要介護度	(新) 要介護度		認定日	改善	維持
1	横浜市	女	S 10年 9月 27日	H 26年 7月 15日	R 1年 8月 31日	要介護3	要介護3	R 1年 7月 31日		○	
2	横浜市	女	S 11年 12月 3日	H 28年 4月 1日	R 2年 3月 31日	要介護4	要介護5	R 1年 9月 30日			○
3	横須賀市	男	S 16年 2月 17日	R 1年 7月 1日	R 2年 2月 28日	要介護5	要介護4	R 2年 2月 15日	○		
4			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
5			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
6			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
7			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
8			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
9			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
10			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
11			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
12			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
13			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
14			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
15			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
16			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
17			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
18			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
19			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			
20			年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日			

現在も継続してサービスを利用している場合は、令和2年3月31日としてください。

認定前と認定後の変化に応じて、記載してください。

※要介護度5の者で、更新・変更認定後も要介護度の変化がなかった者は記載は不要です。

合計は自動入力されます。
この数字を、第2号様式の(1)要介護度の維持・改善の欄に記載してください。

※必要に応じて行を追加してください。
※サービス利用終了日は、対象期間に基づき、記載してください。
(現在も利用中の場合、対象期間の末日としてください。)

合計		
1	1	1