**原本返却（表紙）**

・原本返却の際には必ずこの表紙をつけて下さい。

・すべての帳票を確認し、下記に☑してから提出して下さい。

・下記、表の順番で返却してください。

・作成から５年が経過した書類は返却不要です。

・被保険者番号　　　　　　　　　　　氏名

・事業所が担当していた期間

　　（　　　　　年　　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　　月　　　　日）

・返却理由　１介護へ　・　２死亡　・　３終了　・　４事業所変更

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（次の事業所名　　　　　　　）

・担当していた期間の

* １　予防プラン（　　　　　部）

* ２　プランの評価表（終了評価含む）（　　　　　部）

* ３　主治医意見書・認定調査票（　　　　　部）

* ４　支援経過記録

* ５　その他の書類

（利用票、利用票別表、基本情報、アセスメントシート、事業所の評価等）

※　種類別に束ねてください

※　未提出分があれば裏面へ記入してください。

　　返却日　　　　　　　　（　　　　　　年　　　　月　　　　日）

　　居宅介護支援事業所名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　担当ケアマネ　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　2022．5

* 未提出があれば下記に記入してください。
* 紛失の際は、顛末書が必要な場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| 未　提　出 | 備　考 |
| （例）　○年○月に実施したチェックリストを  誤って破棄してしまった。 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

包括記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 事項 | 処理日 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |