退院・退所加算　確認票（病院用・老健用）

事業所名		記入者	
		ＴＥＬ	

○本人の退院・退所にあたり、病院・施設等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画に反映しましたので、根拠書類を別添のとおり提出いたします。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス月	カンファレンス	単位数
		年　月	有　・　無	

入院・入所期間（　　年　月　日から　　年　月　日まで）

入院・入所の病院名・施設名（　　）

○提出いただく書類

(⑴～⑹は、カンファレンス有・無共通　⑺は、カンファレンス有の場合)

（１）退院・退所加算　確認票　（必要事項を記入のうえ、提出してください。）

（２）病院・施設職員等と面談した際の記録　　（例：担当者会議様式）

（３）算定要件に必要な情報が記載されたもの　（例：サマリー）

（４）支援経過

（５）ケアプラン　１～３表

（６）過誤申立書（注：給付費の修正が必要な場合）

※過誤申立書は泉大津市HPからダウンロードできます。

（７）カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について記録した居宅サービス計画等及び利用者又は家族に提供した文書の写し

㊟カンファレンスへの参加職種等及び利用者又は家族に提供した文書の写しについては、泉大津市HPを参照ください。