年　　月　　日

町田市主任介護支援専門員更新推薦希望申込書

事業所名

申込者氏名
（推薦希望者）

私は町田市の定める主任介護支援専門員の役割を理解した上で、市の推薦を希望します。

1　推薦希望者について、以下の各欄を記入してください。

ふりがな		主任介護支援専門員取得（更新）	年度
氏名		介護支援専門員登録地（都道府県）	
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	介護支援専門員番号	
勤務地	町田市		

2【必須要件】貴事業所について、以下の該当する項目全てに「○」を記入してください。
※申し込みには、以下の全てに該当していることが必要です。

ア　事業所の実地検査（東京都、町田市の実地指導等）の結果に特に問題がなく、指導等が終結していること又は当年度末までに終結する見込みであること。	
イ　直近1年間に、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を利用する日数を要介護認定の有効期間の半数を超えて居宅サービス計画へ位置付けていないこと。（きゅうふさぷりVol.6参照）	
ウ　直近1年間に、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付けた場合に、当該居宅サービス計画を町田市に届け出ていること。（きゅうふさぷりVol.1追加版参照）	
エ　直近1年間に、居宅介護支援事業所単位で抽出するケアプラン検証に該当した場合に、当該居宅サービス計画を町田市に届け出ていること。（きゅうふさぷりVol.9参照）	

3【推奨要件】推薦希望者について、以下の該当する項目全てに「○」を記入してください。
※申し込みには、以下のいずれか1つに該当していることが必要です。全て該当している必要はありません。

ア　町田市ケアマネジャー連絡会に加入し、前年度に1回以上当該連絡会に出席していること。 **→「4」に町田市ケアマネジャー連絡会の記名及び押印**	
イ　町田市内での実務経験が2年以上であること。 **→「5」に町田市での実務経験を記入**	
ウ　勤務する事業所において、指導的な立場であること（管理者等）にあること。	
エ　介護予防サービス又は介護予防ケアマネジメントの計画を作成していること。 **→「介護予防サービス・支援計画」又は「介護予防ケアマネジメント計画・評価表」の写しを添付**	

4　町田市ケアマネジャー連絡会からの記名および押印を頂いてください。

※必ず事前に連絡したうえで、訪問してください。（居宅介護支援事業所こころ・大島様、電話：042-732-5561）

2022年度の町田市ケアマネジャー連絡会に1回以上出席していることを確認しました。

確認日：　　年　　月　　日　　記名（町田市ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ連絡会）：　　印

5　町田市での実務経験を記入してください。

※「3」推奨要件の「イ」に該当していない場合は、記入不要です。

事業所名	実務従事期間	通算期間
	～	
	～	
	～	
	～	

6～9の設問については、主任介護支援専門員の役割を踏まえて記入してください。

6　更新研修受講後、町田市において主任介護支援専門員として行いたい取り組みを記入してください。

7　所属先での役割や主任介護支援専門員協議会（ケアマネジメント勉強会や研修会等の企画・運営）におけるこれまでの実績等を記入してください。

8　所属している地域や圏域の課題についての認識とその課題に対してこれまであなたが取り組んできた内容を具体的に記入してください。

9　厚生労働省が定める回数を超えた生活援助を位置付けているケアプランや、ショートステイの利用日数が認定有効期間の半数を超えて位置付けているケアプランを作っているケアマネジャーがいた場合に、そのケアマネジャーにどのようなことをアドバイスするか記入してください。

10　ケアマネジメント勉強会（ケアプラン点検）の支援者での参加年月日（2022年度）

市実施分	
圏域実施分	