作成年月日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第１表 | **居宅サービス計画書（１）** | | | | | |
|  | 初回・紹介・継続 |  | 認定済・申請中 |

　　　利用者名※　　　　　　　　　　　　　　　殿 　　　 生年月日※　　年　　月　　日 住所※　　\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

　　　居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地※　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・　 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

　　　居宅サービス計画作成（変更）日　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　初回居宅サービス計画作成日　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　認定日　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　認定の有効期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護状態区分 | 要介護１　・　要介護２　・　要介護３　・　要介護４　・　要介護５ |

|  |  |
| --- | --- |
| 利 用 者 及 び 家 族  の 生活 に 対 す る  意 向 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 介 護 認 定 審 査 会の  意 見 及 び サ ービ ス  の 種 類 の 指 定 |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 総 合 的 な 援 助 の  方 針 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 生活援助中心型の算定理由 | １．一人暮らし　　２．家族等が障害、疾病等　　３．その他（ ） |

※個人情報に関わるため、本研修では｢利用者名｣及び「施設介護支援事業者・事業所名」をイニシャルで、「生年月日」は年齢で記入して下さい。

また、「住所」や「施設介護支援事業者・事業所所在地」は記入しないで下さい。