呉市介護予防・日常生活支援総合事業　利用連絡票

年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定区分 | □　事業対象者　　□　要支援１　　□　要支援２　　□　継続利用要介護者（要介護　　　　　） | | | |
| 被保険者番号 | ０００ | | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 | |
| 被保険者氏名 |  | | 大正・昭和  　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 住所 | 郵便番号　　　　　　－ | | | |
| 呉市 | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 利用を希望するサービス | 訪問型サービス | 通所型サービス | | |
| □　現行相当サービス（総合事業ホームヘルプサービス）  □　訪問型サービスＡ（生活支援ホームヘルプサービス）  □　訪問型サービスＢ（支え合いホームヘルプサービス）  　　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　訪問型サービスＣ（短期集中サービス）  　　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　） | □　現行相当サービス（総合事業デイサービス）  □　通所型サービスＡ（楽らく体力づくり教室）  （事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　通所型サービスＢ（支え合いデイサービス）  　　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　通所型サービスＣ（短期集中サービス）  　　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ケアプラン期間：　　　　　　　年　　　　月　　　　日　から　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで | | | |
| 担当する  地域包括支援  センター | 地域包括支援センター　　担当者氏名： | | | |
| 【注意事項】  ※　介護予防サービス・支援計画表の写しを添付してください。  ※　住所地特例者（保険者が呉市以外）は，介護保険被保険者証の写しを添付してください。  ※　ケアプラン等の変更後も継続してサービスを利用する場合は，再提出が必要です。  　　利用を終了する場合は，高齢者支援課へ連絡してください。（電話可）  ※　指定事業者によるサービスのみ利用している場合は提出不要です。 | | | | 高齢者支援課 受付印 |

【高齢者支援課　記入欄】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 添付書類 | □　介護予防サービス・支援計画表の写し　　　□　介護保険被保険者証の写し（住所地特例者のみ） | | | | | |
| 利用開始・更新 | 入力日 | 年　　　　月　　　　日 | 入力者 |  | 入力確認者 |  |
| 利用終了 | 終了するサービス：　□　訪問型Ｂ 　 □　訪問型Ｃ　 □　通所型Ａ　 □　通所型Ｂ　 □　通所型Ｃ | | | | | |
| 終了年月：　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 連絡：　　　　　　　　　　　　地域包括支援センター　　担当者： | | | | | |
| 入力日 | 年　　　　月　　　　日 | 入力者 |  | 入力確認者 |  |