呉市介護予防・日常生活支援総合事業　利用連絡票

（継続利用要介護者用）

　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護度区分 | □　要介護１　　　□　要介護２　　　□　要介護３　　　□　要介護４　　　□　要介護５ |
| 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Ｂ（支え合いホームヘルプサービス　事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）ケアプラン期間：　　　　　　　年　　　　月　　　　日　から　　　　　　年　　　　月　　　　日まで |
| 担当ケアマネジャー | 　　　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所　　担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 支援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】

※　居宅サービス計画書（１）（２），週間サービス計画表及びサービス担当者会議の要点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）

　【提出先】

高齢者支援課 受付印

地域包括支援センター 受付印

居宅介護支援事業所

【高齢者支援課　記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類 | □　居宅サービス計画書(1）(2)，週間サービス計画表，サービス担当者会議の要点の写し□　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 |
| 終了年月：　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 連絡：　　　　　　　　　　　　　居宅介護支援事業所　　担当者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 入力日 | 年　　　　月　　　　日　 | 入力者 |  | 入力確認者 |  |