

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	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 現行相当サービス（総合事業ホームヘルプサービス） <input type="checkbox"/> 訪問型サービスA（生活支援ホームヘルプサービス） <input type="checkbox"/> 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： ） <input type="checkbox"/> 訪問型サービスC（短期集中サービス） （事業所名： ）	<input type="checkbox"/> 現行相当サービス（総合事業デイサービス） <input type="checkbox"/> 通所型サービスA（楽しく体力づくり教室） （事業所名： ） <input type="checkbox"/> 通所型サービスB（支え合いデイサービス） （事業所名： ） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画表の写し <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 訪問型B <input type="checkbox"/> 訪問型C <input type="checkbox"/> 通所型A <input type="checkbox"/> 通所型B <input type="checkbox"/> 通所型C					
	終了年月日： 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