

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)

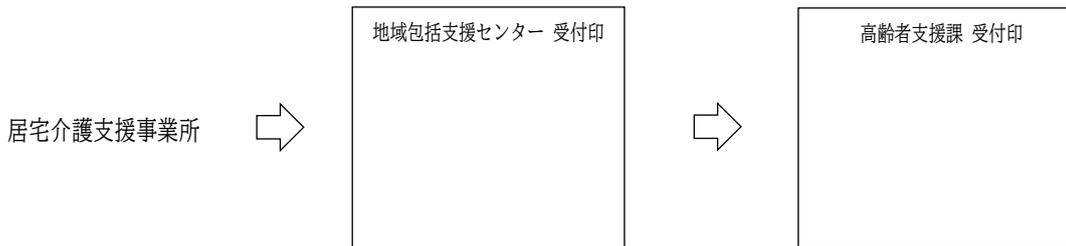
年 月 日

要介護度区分	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 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 記入欄】

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 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 <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: 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	