**関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容**

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類 |  |
| 事業所又は施設名 | 　 |

|  |
| --- |
| **＜　連携の概要　＞**１　関係市町村との連携（１）サービス提供前の受給資格の確認について（２）居宅サービス計画の作成について（３）利用者に関する通知について（４）事故発生時の対応について２　他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容（１）サービス提供困難時の対応について（２）指定居宅サービス事業者との連携について（３）介護保険施設等との連携について（４）事故発生時の対応について３　その他参考事項 |

必要な項目があれば、上記項目に付け加えても差し支えありません。