

介護保険給付に関する相談表

令和 年 月 日
事業所名： (事業所)
担当介護支援専門員： ⑩

1. 利用者情報

被保険者番号					被保険者氏名				
生年月日					住所				
年 月 日					令和 年 月 日				
介護度	要支援	1	2						
	要介護	1	2	3	4	5	認定有効期間		
					令和 年 月 日				

2. 利用者の状況等の報告

心身及び生活の状況

(状況説明欄)

介護者等の状況

(状況説明欄)

3. サービスを選択した理由

介助内容

(代替サービス利用の検討状況とサービスを決定した理由)

(理由説明欄)

4. 今後の方向性等

サービスの中止 (具体的な時期)

その他 (具体的な時期)

* 介護福祉課記載欄