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：　　　　　　 ㊞

1. 利用者情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  | 被保険者氏名 |  |
| 生 年 月 日 | 　　年　　月　　日　　　　 |  | 住 　 所 |  |
|  | 要支援　１　２要介護　１　２　３　４　５ |  |  | 令和　　年　　月　　日 |
| 介 護 度 |  | 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