

認知症対応型共同生活介護計画（1）

作成年月日 平成 年 月 日

初回 紹介 継続 認定済 申請中

利用者名 様 生年月日 住所 〒

施設サービス計画作成者氏名及び職種 被保険者番号:

施設サービス計画作成介護保険施設名及び所在地

施設サービス計画作成(変更)日 初回施設サービス計画作成日

認定日 認定の有効期間 ~

要介護状態区分 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

介護認定審査会の意見及びサービスの種類

総合的な援助の方針

生活援助中心型の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族等の傷害、疾病 3. その他

上記の内容について交付及び説明を受け同意いたします。	交付日	平成 年 月 日	説明・同意日	平成 年 月 日
	交付者署名・捺印	印	利用者署名・捺印	印