

特定施設サービス計画（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