

# 特定施設サービス計画（2）

作成年月日

第2表

利用者名 \_\_\_\_\_ 様      被保険者番号: \_\_\_\_\_      認定の有効期間 \_\_\_\_\_ ~

施設サービス計画作成者: \_\_\_\_\_      施設サービス計画作成日: \_\_\_\_\_      初回サービス計画作成日: \_\_\_\_\_

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		援助内容			
	長期目標	短期目標	サービス内容	担当者	頻度	期間

交付日	平成    年    月    日	交付者署名・捺印	印
-----	-------------------	----------	---

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。	説明・同意日	平成    年    月    日	利用者署名・捺印	印
----------------------------	--------	-------------------	----------	---

介護保険施設名 :