

\_\_\_\_\_の利用について

年 月 日

利用者氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) 介護度： \_\_\_\_\_  
事業所名： \_\_\_\_\_ 介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_

下記理由により、 \_\_\_\_\_ の利用を検討していますので、ご意見を  
お願いします。

**【家族構成・介護状況・サービス利用の理由等】**

- ・ 家族構成
  
  
- ・ 介護状況
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ・ サービス利用の理由

**【ケアマネジャーの意見】**

**【更新の場合は前回の保険者等の回答に対してどう対処したか】**

※この届出書に、以下の書類を添付してください。

1. 地域連携連絡票
2. 居宅サービス計画書及び週間サービス計画表（第1表～第3表）又は介護予防サービス・支援計画表
3. サービス担当者会議（又は担当者に対する照会等）の記録（「サービス担当者会議の要点」（第4表）又は「サービス担当者に対する照会（依頼）内容」（第5表）等）