令和元年８月３０日
事業所説明会資料

介護予防ケアマネジメントＢの見直しについて

認定済・申請中

令和　年　月分　　サービス利用票（兼 介護予防サービス計画）

地域包括支援ｾﾝﾀｰ → 利用者

保険者番号	4 0 2 0 2 4	保険者名	大牟田市	支援事業者事業所名	●●地区地域包括支援センター
被保険者番号	0 0 0 0 ● ● ● ● ● ●	ﾌﾘｶﾞﾅ 被保険者氏名	殿	担当者名	
生年月日	明・大・(昭) ●年●月●日	性別	男 (女)	要介護状態区分等	(事業対象者) 要支援1・2
				変更後要介護状態区分等変更日	1 2 3 4 5 令和 年 月 日
保険者確認印		区分支給限度基準額	5003 単位／月	限度額適用期間	平成●年●月 から 令和●年●月 まで
前月までの短期入所利用日数	0 日				

作成年月日	令和 ●年●月●日	利用者確認
届出年月日	令和 年 月 日	

月間サービス計画及び実績の記録

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者事業所名	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計回数
			曜日	火	水	木	金	土	(日)	月	火	水	木	金	土	(日)	(月)	火	水	木	金	土	(日)	月	(火)	水	木	金	土	(日)	月	火	水	木	
09:15 ～ 10:00	基準緩和型訪問サービス一		予定				1							1							1							1							4
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

拡大

作成年月日	令和 ●年●月●日	利用者確認
（同意年月日）	（令和 ○年○月○日）	印

手書きしてください

※　利用者本人に、「サービス利用票」の確認印をもらう際に、右図のように、“作成年月日”の下の余白に、“同意年月日”を手書きしてください。