

(別紙)

## 実施確認票

介護支援専門員による事業所の紹介・調整等

利用者名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

面談日（電話による相談も可） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※事業所様式の添付でも可

アセスメント	

課題分析の 結果	

援助方針と サービス内容	

介護支援専門員による事業所の紹介・調整等について、上記の内容の説明を受け、承諾しました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者又は申請者 署名 \_\_\_\_\_

## 実施確認票

訪問介護及び訪問入浴介護

- 1 次のカレンダーの訪問介護・訪問入浴介護をした日に、事業者のサービスを実施した担当者の印を押してください。
- 2 カレンダー内の（ ）に、実施したサービスを以下のA～Eで記入してください。

A 身体介護    B 生活援助    C 通院等乗降介助    D 訪問入浴介護

年            月分

(    ) 曜日	(    ) 曜日	(    ) 曜日	(    ) 曜日	(    ) 曜日	(    ) 曜日	(    ) 曜日
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 (    )				

福祉用具貸与 (    年    月分) ※利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

福祉用具の種類	期 間	利 用 料	本人負担額
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円

福祉用具購入 (    年    月分)

福祉用具の種類	納 品 日	利 用 料	本人負担額
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円