

要支援1・事業対象者に係る現行相当サービス利用の協議書

ふりがな			被保険者番号										
被保険者名	(男・女)		認定状況	※該当に○ 事業対象者・要支援1									
生年月日	T・S	年 月 日	認定有効期間	※要支援1のみ 年 / ~ 年 /									
住所	〒437- 袋井市												
利用サービス	現行訪問介護サービス ・ 現行相当通所サービス												
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※期間は最長1年間です												
アセスメント状況													
日常生活自立度	J ・ A ・ B ・ C		認知症高齢者自立度	自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M									
病状安定度	安定 ・ 不安定		運動・活動制限	なし ・ あり									
疾患													
要支援1・事業対象者に現行相当サービス利用が必要と認められる理由 (判断に至った理由)													
【専門職の支援が常時必要な理由】													
【身体介護が必要な理由】													
上記の者について、協議を依頼します。 年 月 日 住 所 事業所名 ケアマネジャー													
市記入欄	受付	.	検討会	.	却下	・ 妥当							