

氏 名： \_\_\_\_\_

第 1 表

### 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 \_\_\_\_\_ 殿 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 住所 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 \_\_\_\_\_

居宅サービス計画作成（変更）日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回居宅サービス計画作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

認定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 認定の有効期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

要介護状態区分	要支援 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5
---------	---

利用者及び家族 の生活に対する 意向	_____ _____ _____ _____
--------------------------	----------------------------------

介護認定審査会の 意見及びサービス の種類指定	_____ _____ _____
-------------------------------	-------------------------

総合的な援助の 方針	_____ _____ _____
---------------	-------------------------

生活援助中心型 の算定理由	1. 一人暮らし    2. 家族等が障害、疾病等    3. その他（ _____ ）
------------------	--