

年 月 日

大野城市長 宛

事業所番号									
事業所名称									
代表者名	印								
連絡先									
担当者名									

介護保険サービス提供にかかる協議書

下記の介護保険サービスを提供したいので協議します。

記

被保険者番号									
被保険者氏名									
要介護度	要介護（ ）								
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日								
サービス内容	☐ 認定の有効期間の半数を超えて利用する短期入所 ☐ 同居家族がいる場合の生活援助 ☐ 居住地以外での介護保険サービス利用 ☐ その他 〔 〕								

※ 居宅サービス計画書(ケアプラン)、アセスメントを添付し、サービス提供前に協議すること。

※ 状態の変化に応じて居宅サービス計画書(ケアプラン)、アセスメントの見直しを行い、上記サービスの提供を継続する場合は再協議すること。