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

被保険者氏名 要介護度要介護() 有効期間 年月日~ 年月日 □ 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	被保険者番号
有 効 期 間 年 月 日 ~ 年 月 日 □ 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 サービス内容 □ 居住地以外での介護保険サービス利用	被保険者氏名
□ 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	要介護度
□ 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	有 効 期 間
サービス内容 □ 居住地以外での介護保険サービス利用	
サービス内容	
	サービス内容
□ 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。