担い手登録型通所サービス計画書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計画作成者氏名 |  | | | 作成年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 利用者  氏 名 |  | | | | 性  別 | 男・女 | 生年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 住所 | （連絡先） | | | | | | | | 介護認定 | 要支援 １ ・ ２  事業対象者 |
|
| 緊急  連絡先 | | （氏名）　　　　　　　　　　　（続柄）  （連絡先） | | | | | | 利用者負担 | | １回につき  円 | |

【援助目標】

|  |
| --- |
|  |

【計画期間】

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日　　～　　　　　　年　　　月　　　日 |

【サービス内容（１日の流れ）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時間 | サービス内容 | 具体的な内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【週間予定表】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用回数 | 利用時間 | 利用日 |
| 週　　回 | ～ | 月　　火　　水　　木　　金　　土　　日 |

上記の計画について説明を受け、同意しました。

同意年月日：　　　　　　　　　　　　　　 利用者署名：

事業所名称：

連　絡　先：