

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 令和 _____ 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を踏まえた課題分析の結果	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
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 (_____)

居宅サービス計画書(2)

利用者名 _____ 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援 助 内 容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。
 ※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

年 月分より

利用者名 _____ 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								
	8:00								
午後	10:00								
	12:00								
	14:00								
午前	16:00								
	18:00								
	20:00								
夜間	22:00								
	24:00								

週単位以外のサービス	
------------	--

第 6 表

認定済・申請中

年 月 分 サービス利用票(兼居宅(介護予防)サービス計画)

居宅介護支援事業者⇒利用者

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者事業所名 担当者名		TEL		作成年月日	年 月 日
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名			様	保険者確認印		届出年月日	年 月 日
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別 男・女	要介護状態区分 1 2 3 4 5 変更後 要介護状態区分 変更日 1 2 3 4 5 年 月 日	区分支給 限度基準額		単位 / 月	限度額 適用期間	年 月 から 年 月 まで	前月までの 短期入所利用 日数 日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																																		
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計		
~			曜日																																		
			予定																																		
			実績																																		
~			予定																																		
			実績																																		