

マイ・ケアプラン（2） （介護予防サービス・支援計画表）

名前 _____ 様 _____

1. 目標 2. セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス	介護保険サービス 地域支援事業	サービス種別	事業者・支援機関 ・団体名等	期間
	<p style="color: red;">介護予防福祉用具貸与の目的(内容)を記載する。</p> <p style="color: red;">例) 起き上がりをスムーズにする。</p>	<p style="color: red;">例) 介護予防福祉用具貸与(特殊寝台)</p>		

総合的な方針：介護（認知症）予防および改善・支援のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

初回作成日 _____ 平成 年 月 日 _____

認定年月日 _____ 平成 年 月 日 _____

認定有効期間 _____ 平成 年 月 日 ~ _____ 平成 年 月 日 _____

[_____]あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)

平成 年 月 日 _____ 印 _____

市記入欄	年 月 日	年 月 日	年 月 日