様式１

令和　　年　　月　　日

大野市長　様

大野市地域ケア会議申請書

　　　　事業所名

　　　　　　　　　　担当介護支援専門員名

大野市地域ケア会議（　自立支援型個別会議　・　困難事例個別会議　）の利用について、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 大野市 |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日(　　　　歳) | 性別 | 男・女 |
| 介護度 | * 認定なし　　・ 事業対象者　　・ 要支援１
* 要支援２　　・ 要介護１　　　・ 要介護２
* 要介護３　　・ 要介護４　　　・ 要介護５
 |
| 利用サ－ビス | * 利用なし　　・ 介護予防・生活支援サ－ビス事業

・介護予防サ－ビス　　・ 介護サ－ビス【具体的なサ－ビス種類と頻度】 |
| 検討して欲しい事項 |  |

添付書類：【必須資料】

□ 利用者基本情報　　　　　□　介護予防サ－ビス・支援計画表

　　　　　□　アセスメント

【任意資料】※必要に応じ、提出をお願いする場合があります。

□　サ－ビス担当者会議録　　□　支援経過

□　事業所サービス計画書