

# 実施確認票

介護支援専門員による事業所の紹介、調整等

利用者名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

面談日（電話による相談も可） \_\_\_\_\_ 年 月 日

アセスメント	

※事業所様式の添付でも可

課題分析の 結果	

援助方針と サービス内容	

介護支援専門員による事業所の紹介、調整等について、上記の内容の説明を受け、承諾しました。

\_\_\_\_\_ 年 月 日 利用者又は申請者 署名

## 実施確認票

訪問介護及び訪問入浴介護

- 1 下記のカレンダーの訪問介護・訪問入浴介護をした日に、事業者のサービスを実施した担当者の印を押してください。
- 2 カレンダー内の（ ）に、実施したサービスを以下のA～Eで記入してください。

A 身体介護	B 生活援助	C 通院等乗降介助	D 訪問入浴介護
--------	--------	-----------	----------

年	月分
---	----

( ) 曜日	( ) 曜日	( ) 曜日	( ) 曜日	( ) 曜日	( ) 曜日	( ) 曜日
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 ( )				

福祉用具貸与（ 年 月分）

利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

福祉用具の種類	期 間	利用料	本人負担額
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円
	月 日～ 月 日	円	円

福祉用具購入（ 年 月分）

福祉用具の種類	納品日	利用料	本人負担額
	月 日	円	円
	月 日	円	円
	月 日	円	円