

介護予防サービス・支援計画表(ケアマネジメントB)

介護保険被保険者番号

初回・継続

申請済・申請中

要支援1・要支援2
事業対象者

チェックリスト実施日

氏名 様 認定年月日 有効期間

計画作成者 委託の場合の計画作成事業者

計画作成日 年 月 日 担当地域包括支援センター

本人(家族)の意向及び望む生活

--

目標とする生活

1日	1年

	現状	計画作成者の意見	課題
家事動作			
生活の様子			
治療中の病気			
その他			

具体的なサービスの目標	具体的内容				
	サービス内容	サービス種別	事業所	頻度	期間

担当地域包括支援センター		
意見		確認印

<p>上記計画について、同意いたします。</p> <p>_____ 年 月 日 氏名 _____ ⑩</p>
