受付印

介護サービス暫定利用について（暫定プラン）

長　寿　課　長　殿

　　年　　月　　日

以下の通り届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |
|  |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
|  |  |  |

○サービス担当者会議

　　　年　　　月　　　　日

○サービス開始日

　　　年　　　月　　　　日

○介護予防サービス計画・居宅サービス計画作成担当者

介護予防

氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　事業所名（　　　　　　　　　　）

居宅介護

氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　事業所名（　　　　　　　　　　）

提出者名　　　　　　　　　　　（事業所）

℡