

介護予防支援（第1号介護予防支援事業含む）重要事項説明の訪問にあたって

下記A・Bのいずれかに○をつけてください

- A. 居宅介護支援事業所が担当（一部委託） B. 包括に移管

事業所名			
担当者名		電話番号	
		FAX	
	介護支援専門員番号		

本人氏名(イニシャルで記入)	認定有効期間			
	年	月	日	～ 年 月 日
	要支援 1・2		申請中	未認定
訪問先住所	平野（東・西・南・北・上町・馬場・元町・本町・宮町・市町） 流町・背戸口・西脇・加美正覚寺・加美西			

1、利用者面談について

契約訪問にあたって、原則として同行訪問させていただきます。重要事項説明及び契約締結は一部委託事業所をお願いします。

日程調整については地域包括支援センターよりご連絡させていただきます。

※訪問日程が合わない場合、地域包括職員が訪問する旨を利用者様へ事前にお伝えください。

2、現在ご利用またはご希望のサービス（頻度含）を記入ください。

- ①訪問介護 週（ ）回 ②通所介護・リハ 週（ ）回
③福祉用具（ ） ④その他（ ）

3、訪問に都合の悪い曜日・時間帯がありますか？

はい ・ いいえ

「はい」と答えられた方は下記に、都合の悪い曜日、時間に×をつけてください。

	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						

4、訪問の当日にどなたか同席を希望される方がいますか？

はい ・ いいえ