

<p>家族による介護・支援の状況</p>	
<p>サービス担当者会議の意見</p>	<p>【サービス担当者会議開催日】 令和 年 月 日</p> <p>【ケアプラン作成担当者】 氏 名 () 所属事業所名 ()</p> <p>(注) ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。</p> <p>【サービス担当者会議出席者】</p> <p><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族、同居人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【福祉用具相談員の意見】</p> <p>福祉用具相談員氏名 () 指定福祉用具貸与事業所名 ()</p> <p>【サービス担当者の意見の要約】</p> <p>【本人・家族の意向】</p>
<p>主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見</p>	

【市町村確認欄】

確認年月日	令和 年 月 日
確認印	

- (注) 1. 本理由は、認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合には、再度作成し提出すること。
2. 本理由は、市町村長に提出するとともに、その写しをサービス担当者会議の記録とともに、居宅介護（介護予防）支援事業所において保管しておくこと。