

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援 1 ・ 要支援 2	地域支援事業
----------	---------	---------------	--------

No. _____

介護予防サービス・支援計画表(1／3)

利用者名： _____ 様

認定年月日： _____ 年 月 日

認定の有効期間： _____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日

計画作成者氏名： _____

担当地域包括支援センター： _____

計画作成事業者
事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日： _____ 年 月 日 (初回作成日： _____ 年 月 日)

目標とする生活	1 日、1 週間、または 1 月	
	1 年	
総合的な方針 (生活の不活発化の改善 予防のポイント)		

【地域包括支援センター記入欄】※委託の場合

【利用者記入欄】

担当地域 包括支援 センター	名称		確認	介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。 年 月 日 氏名 印
	意見			