

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	委託の場合：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 （生活の不活発病の改善 ・予防のポイント）		

【地域包括支援センター記入欄】			【利用者記入欄】	
担当地域 包括支援 センター	名称		確認印	「介護予防サービス・支援計画」原案について 同意いたします。 年 月 日 氏名 印
	意見			