地域ケア個別会議申込票（居宅介護支援事業所⇔地域包括支援センター）

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地域包括支援センター  ＴＥＬ：  ＦＡＸ：  担当職員： | 送信  返信 | 事業所名：  ＴＥＬ：  ＦＡＸ：  担当介護支援専門員： |

下記の案件について、地域ケア個別会議（ケアマネジメント支援会議）で検討いただきたく、開催調整をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **送　　　　　　信** | 利用者 | 氏　名 | （ふりがな） | 生年月日 | 明・大・昭　　年　 月　 日生　　歳 |
| 被保険者番号 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 介護度 | 認定済 〔 要支援　１・２　要介護　１・２・３・４・５ 〕　申請中 | | |
| 依頼内容 | | □基準回数を超えた訪問介護のケアプラン | | |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 【内容等の詳細】※既に相談済みの案件であれば記載不要  【会議開催可能日】※サービス担当者会議後、概ね1か月以内 | | | | |

地域包括支援センターからの回答（返信）

【包括記載欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **返　　　信** | 地域ケア個別会議開催日時 | 年　　　月　　　日（　　） |
| 会　　場 |  |
| 備　　考 |  |
| 【返信日】　　　年　　　月　　日　　　　担当職員 | |