

介護予防サービス・支援計画の受領書

私は、別添の介護予防サービス計画の原案について、説明者からその内容の説明を受けるとともに、この内容に同意したので、介護予防サービス計画を受領します。

令和 年 月 日

介護予防支援担当 事業所（説明者）	法人名	
	事業所名	
	介護支援専門員名	印
居宅介護予防 支援事業所	法人名	社会福祉法人 泉大津市社会福祉協議会
	事業所名	泉大津市地域包括支援センター
	事業所の所在地	泉大津市東雲町9番54号 電話 0725-21-0294

利用者	住所	泉大津市
	氏名	印
代筆者 代理人又は	住所	
	氏名	

交付書類

- 1 介護予防サービス・支援計画表
- 2 サービス利用票・利用票別表

介護予防サービス・支援計画の交付書兼受領書

令和 年 月 日

介護予防支援担当事業所	所在地	
	名 称	
介 護 支 援 専 門 員 名		印
泉大津市地域包括 支援センター	所在地	泉大津市東雲町9-54
	法人名	社会福祉法人 泉大津市社会福祉協議会

下記の利用者に係る介護予防サービス・支援計画を作成(変更)しましたので、趣旨及び内容等を説明のうえ、これを交付します。

交付書類

- 1 介護予防サービス・支援計画表
- 2 サービス提供票・提供票別表

記

利 用 者	住 所	泉大津市
	氏 名	
介護予防サービス・支援計画 作成年月日		令和 年 月 日

上記の利用者に係る介護予防サービス計画について、趣旨及び内容などの説明を受け、これを受領しました。

介 護 予 防 サ ー ビ ス 事 業 所	所在地	
	名 称	
サ ー ビ ス 種 類		
担 当 者 名		印

(備考)本書は2部作成し、居宅介護予防支援事業所と介護予防サービス事業所の双方で1部ずつ保管するものとします。