

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------------------|-----------------------|-----------------------|---------|----------------------------|---------------------------|----------------|-------------|------------------------|-----------------------|----|
| 保険者番号 | 0 5 4 3 4 6 | 保険者名 | 美郷町 | | 自己作成 作成者氏名 | 大 仙 太 郎 | | 作成年月日 | 平成 19 年 4 月 15 日 | 利用者確認 | |
| 被保険者番号 | 0 1 0 0 0 0 0 0 0 | フリガナ 被保険者氏名 | だい せん はな こ 大 仙 花 子 | | 保険者確認印 | | | 届出年月日 | 平成19年4月16日 | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 14年10月25日 | 性別 | 男・女 | 要介護状態区分 | 要支援1 要支援2 経過的要介護 1 2 3 4 5 | 区分 支給 限度 基準 額 | 16,580 単位/月 | 限度額適用 期間 | 平成19年4月から 平成20年3月まで | 前月までの 短期入所利 用日数 | 0日 |
| | | 変更後 要介護状態区分 変更日 | | | 要支援1 要支援2 経過的要介護 1 2 3 4 5 | | | | | | |
| | | | | | 平成 年 月 日 | | | | | | |

| 提供時間帯 | サービス内容 | サービス 事業者 事業所名 | 月間サービス計画及び実績の記録 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------|---------------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|
| | | | 日付 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 合計 | | |
| | | | 曜日 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 月 | 火 | | | |
| 09:30~ 15:30 | 通所介護 21 | 通所介護 | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | |
| | 通所介護入浴介助 加算 | 通所介護 | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 実績 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護保険事務所の確認が終われば、この部分に確認済印と日付印を押します。