事前協議資料

下記の(1)～(7)についてご記入ください。

(1)利用者の氏名及び生年月日

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　被保番　00000

生年月日：大・昭　　　年　　月　　日

富岡町の住所：

(2)当該利用者の利用開始予定年月日

　利用開始年月日（指定年月日）：平・令　　年　　月　　日

(3)事業所

　名称：

　住所：

　電話：　　　-　　　　-

(4)利用するサービスの種類（□に✓を付けてください）

□夜間対応型訪問介護

□認知症対応型通所介護　　　　　　　　□介護予防認知症対応型通所介護

□小規模多機能型居宅介護　　　　　　　□介護予防小規模多機能型居宅介護

□認知症対応型共同生活介護　　　　　　□介護予防認知症対応型共同生活介護

□地域密着型特定施設入居者生活介護

□地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

□定期巡回・随時対応型訪問介護看護

□複合型サービス

□地域密着型通所介護

(5)運営法人

　法人名：

　住所：

　代表者：（役職）　　　　　　　　　　、(氏名)

(6)登録定員数

　　　　　　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (7)介護事業所番号（10桁）