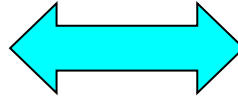


# 介護・予防プランに関する連絡票

( 年 月 日付)

居宅介護支援事業所



地区地域包括支援センター

NO	被保険者番号	氏名	町名	前回の介護度	今回の介護度	認定有効期間	ケアプランの作成(受託)	連絡事項
1			町	要支援 1・2 要介護 ( )	要支援 1・2 要介護 ( )	年 月 日か 年 月 日ま で	する・しない	
2			町	要支援 1・2 要介護 ( )	要支援 1・2 要介護 ( )	年 月 日か 年 月 日ま で	する・しない	
3			町	要支援 1・2 要介護 ( )	要支援 1・2 要介護 ( )	年 月 日か 年 月 日ま で	する・しない	
4			町	要支援 1・2 要介護 ( )	要支援 1・2 要介護 ( )	年 月 日か 年 月 日ま で	する・しない	
5			町	要支援 1・2 要介護 ( )	要支援 1・2 要介護 ( )	年 月 日か 年 月 日ま で	する・しない	
6			町	要支援 1・2 要介護 ( )	要支援 1・2 要介護 ( )	年 月 日か 年 月 日ま で	する・しない	
7			町	要支援 1・2 要介護 ( )	要支援 1・2 要介護 ( )	年 月 日か 年 月 日ま で	する・しない	
8			町	要支援 1・2 要介護 ( )	要支援 1・2 要介護 ( )	年 月 日か 年 月 日ま で	する・しない	