別紙

令和　年　月　日

　（宛先）岡崎市長

　　　　　　　　　　　　　　住所

TEL　　　　　　　　　 　FAX

事業者名

担当者名

予防専門型通所サービスの利用について（協議）

下記の利用者について、ケアマネジメントの結果、予防専門型通所サービス利用の状態像の目安④に該当すると判断しました。

　つきましては、予防専門型通所サービスの利用の可否について下記のとおり協議します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者情報 | | | | | | | |
| 氏名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 昭和　年　月　日  （　歳） | | |
|
| 住所 | 岡崎市 | | | | 区分 |  | |
|

予防専門型通所サービス利用の状態像の目安④に該当すると判断した理由

【予防専門型通所サービス利用の状態像の目安】

1. 疾病により歩行に支障があり、送迎が無いとサービスの利用ができないかた
2. 日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さがみられるかた
3. 精神疾患等の疾病があり、環境の変化が病状等の悪化につながる恐れがあるかた
4. ①～③以外で市が認めるかた

※介護予防サービス・支援計画書を作成されている場合は、併せて御提出ください。

別紙

（　例　）

令和〇年〇月〇日

　（宛先）岡崎市長

　　　　　　　　　　　　　　住所　　　岡崎市○○町1-1

TEL〇〇-〇〇〇〇　　　　FAX〇〇-〇〇〇〇

事業者名　〇〇ケアプランセンター

担当者名　岡崎　太郎

予防専門型通所サービスの利用について（協議）

下記の利用者について、ケアマネジメントの結果、予防専門型通所サービス利用の状態像の目安④に該当すると判断しました。

　つきましては、予防専門型通所サービスの利用の可否について下記のとおり協議します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者情報 | | | | | | | |
| 氏名 | ○○　○○ | 性別 | 女 | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日  （〇歳） | | |
|
| 住所 | 岡崎市○○町字〇〇 | | | | 区分 | 要支援1 | |
|

予防専門型通所サービス利用の状態像の目安④に該当すると判断した理由

【予防専門型通所サービス利用の状態像の目安】

① 疾病により歩行に支障があり、送迎が無いとサービスの利用ができないかた

② 日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さがみられるかた

③ 精神疾患等の疾病があり、環境の変化が病状等の悪化につながる恐れがあるかた

④ ①～③以外で市が認めるかた

※介護予防サービス・支援計画書を作成されている場合は、併せて御提出ください。