

(参考) 記入欄不足時の資料
指定介護予防支援委託先一覧

項番	介護保険事業所番号	委託先事業所			委託する指定介護予防支援の内容 (下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載)										指定介護予防支援の 一部を委託する期間
		名称	所在地	連絡先	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1															年 月 日 ~ 年 月 日
2															年 月 日 ~ 年 月 日
3															年 月 日 ~ 年 月 日
4															年 月 日 ~ 年 月 日
5															年 月 日 ~ 年 月 日
6															年 月 日 ~ 年 月 日
7															年 月 日 ~ 年 月 日
8															年 月 日 ~ 年 月 日
9															年 月 日 ~ 年 月 日
10															年 月 日 ~ 年 月 日

■委託する指定介護予防支援の内容

- 1 : アセスメントの実施

2 : 介護予防サービス計画原案の作成

3 : サービス担当者会議の開催

4 : 介護予防サービス計画原案の説明・同意

5 : 介護予防サービス計画書の交付
- 6 : サービス提供の連携・調整

7 : モニタリング

8 : 評価

9 : 給付管理

10 : その他