**自立支援型サービス利用状況報告書（通所相当・通所Ａ）**

（宛先）紀の川市福祉部高齢介護課

　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス事業所：

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※□にチェックを入れて下さい。 | | 報告日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 利用者氏名 | 様　被保険者番号（　　　　　　　　）　要支援１・２・事業対象者 | | |
| 介護予防ケア  プランの目標 |  | | |
| 個別サービス  計画の目標 |  | | |

※　利用頻度の変更希望や目標達成状況により頻度変更が必要、または月額料金の見直しが必要判断された場合には、そ

　の他連絡事項欄にご記入いただくか、直接ご連絡下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月サービス利用状況 |  |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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 |  |  |  |  |   ◆利用日  　　　　　　※提供時間帯  　　　　　　　　　　（　　：　　～　　：　　）  ※利用日に○をつける | |
| ◆サービス内容  　　□送迎　　□バイタルチェック　□食事　　□体操　　□運動　　□口腔ケア　□栄養改善　　□レクリエーション  　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ◆提供内容における利用時の様子及び提供時の状況をご記入下さい。   |  | | --- | |  |   ◆個別サービス計画の変更  　□必要あり（来月より目標変更します）　□必要なし（目標として継続）  ※その他、連絡事項がございましたらご記入下さい。   |  | | --- | |  | | |

※この様式は、介護予防通所介護事業所等から高齢介護課へ自立支援型サービスの利用状況を、翌月末までにご報告いただくために使用するものです。