初回　紹介　継続　　認定済　申請中

利用者名 　　　　　　殿 生年月日 ×年 ×月 ×日 住所

施設サービス計画作成者氏名及び職種

施設介護支援事業者・事業所名及び所在地

施設サービス計画作成(変更)日　　 年 月 日　　　初回施設サービス計画作成日　　 年 月 日

認定日 　年 月 日 認定の有効期間　　 年 月　 日 ～ 年　 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **要介護状態区分** | 要介護１　　 要介護２　　 要介護３　　 要介護４　  要介護５　　 その他 |

|  |  |
| --- | --- |
| **利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題**  **分析の結果** |  |
| **介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定** |  |
| **総合的な援助の**  **方針** |  |