

中央区寝たきり高齢者在宅支援入浴サービス計画表

(年 月分)

氏名		住所		電話番号	
----	--	----	--	------	--

被保険者番号		要介護状態	要介護5	で常時臥床の状態にある
--------	--	-------	------	-------------

居宅介護支援事業者名		担当者名		電話番号	
------------	--	------	--	------	--

事業者名	日付	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	合計回数		
	曜日																																		
	実施予定日																																		
	介護保険実施予定分																																		

注) この計画表にはサービス利用票及び別票の写しを添付してください。
 この計画表は、毎月サービスが行われた後に必ず提出してください。
 実施予定日に○を付けてください。また、介護保険実施予定分があるときは同様に○を付けてください。

(区処理欄)

受付年月日	受付者印

上限額	利用額	提供回数
単位	単位	回