**居宅サービス事業所等の選択に関する説明についての確認書**

（太枠及び１～６は居宅介護支援事業所が記載）

事　業　所　名　：

介護支援専門員名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 選択事業所名 |  | 法人名 |  |
| サービス種類 |  | サービス提供期間 | 年　月　日～　　年　月　日 |

１．利用者情報

　（１）利用者氏名 ：

　　　　被保険者番号（　　　　　　　　　　　　　　）

　（２）利用者住所 ：

　（３）担当地域包括支援センター ：

２．利用者の希望、ニーズ等

|  |
| --- |
|  |

３．利用者の解決すべき課題、課題解決のために必要な援助等

|  |
| --- |
|  |

４．上記２，３を踏まえ、利用者に適した事業所として情報提供した事業所一覧

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所名 | 事業所住所 | 法人名 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

　※欄が不足する場合は、追加してください。

５．情報提供に使用した資料（○印を付けてください。）

　ア．各サービス事業所のパンフレット　　 イ．居宅介護支援事業所で作成した説明資料

　ウ．介護サービス情報公表システム エ．その他（　　 　　　　　　　　　　　）

６．最終的にケアプランに位置付けた事業所で行われるサービスが、利用者にどのような効果をもたらすことが期待できますか。

|  |
| --- |
|  |

　私は、居宅サービスの提供を受けるに当たり、上記４に記載の事業所について、５の資料により説明を受けたことに間違いありません。

　　　　年　　月　　日　　　利用者氏名

代筆者氏名