**適正サービス検討会議の要点**

（居宅介護支援事業所が記載）

居宅介護支援事業所名：　　　　　　　　　 　 （連絡先 ： 　　　　　　　　　）

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 |
| 利用者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 利用者住所 |  | 担当包括支援センター |  |

１．開催日： 　　　　　年　　　月　　　日　（受付番号：　　　　　　　　）

２．前回の会議で受けた支援内容についての意見・助言等

|  |
| --- |
|  |

３．上記の意見・助言等を受け、支援内容について再検討及び見直した点等（今後の対応予定も含む。）

|  |
| --- |
|  |