

(様式5)

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。)