（様式６）

居宅サービス事業所等の継続利用についての確認書

（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
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．月に１回は利用者の居宅で面接を行い、かつ、モニタリングを行っていますか。

（ はい ・ いいえ ）

２．利用者のニーズや解決すべき課題等に変化はありませんか。　（ ある ・ ない ）

３．前回のケアプランから、引き続き当該事業所を位置付けることが適切であると判断した理由等

４．当該利用者について、過去に適正サービス検討会議にかけたことがある場合は、新しいものから順に開催日等を記入

開催日　：　　年　　月　　日　（受付番号：　　）

年　　月　　日　（受付番号：　　）

年　　月　　日　（受付番号：　　）

年　　月　　日　（受付番号：　　）

年　　月　　日　（受付番号：　　）