

# 在宅サービス専用台帳

利用者氏名		生年月日	
-------	--	------	--

黄色枠を記載すること		申請区分	開始(変更・廃止)年月日
1	通所型介護予防	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	年    月    日
2	訪問型介護予防	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	年    月    日
3	要保護シェルター	<input type="checkbox"/> 新規/変更を選択 <input type="checkbox"/> 廃止	開始日を記載 ※変更日は不要
4	食の自立支援	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 廃止	年    月    日
5	緊急通報システム貸与	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	年    月    日
6	雪寄せ支援	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	年    月    日
7	福祉電話	<input type="checkbox"/> 廃止	年    月    日

上記事業の申請区分に従い、下記について、当てはまる項目を記入してください。

### ■ 新規 又は 変更

事業番号	事業名	通所型介護予防事業	訪問型介護予防事業	
1~5	委託事業者	(事業所名)	長寿福祉課	
1~5	利用曜日	○曜日		
1~5	利用時間(昼・夕)	(サービス提供時間)		
1~7	サービス内容	・機能訓練 ・口腔指導 など	指導・助言	
1~7	申請理由			

### ■ 廃止

廃止の理由	
-------	--

### ■ 長寿福祉課記入欄

特記事項	
------	--

	年 月 日		収 受 印	担当者確認欄
包 括	センター名			
	氏 名			
在 介 (在介からの申請時のみ記入)	センター名			
	氏 名			