【別紙】指定介護予防支援委託先一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項番 | 介護保険事業所番号 | 委託先事業所 | 委託する指定介護予防支援の内容（下記内容参照、該当番号に○、10は下段に内容を記載） | 指定介護予防支援の一部を委託する期間 |
| 名称 | 所在地 | 連絡先 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 | ～ |
|  |  | 年 | 月 | 日 |  |

■委託する指定介護予防支援の内容

1. ：アセスメントの実施
2. ：介護予防サービス計画原案の作成
3. ：サービス担当者会議の開催
4. ：介護予防サービス計画原案の説明・同意
5. ：介護予防サービス計画書の交付
6. ：サービス提供の連携・調整
7. ：モニタリング
8. ：評価
9. ：給付管理
10. ：その他