

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