

様式第 10 号 (第 10 条関係)

## 大河原町若年がん患者在宅療養支援事業サービス等利用計画書

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 住所 \_\_\_\_\_

サービス等利用計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 \_\_\_\_\_

サービス等利用計画作成 (変更) 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (初回作成日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者及び家族の 在宅生活に対する意向	----- ----- -----
------------------------	-------------------------

アセスメント (日常生活等の状況や課題等) 及び援助の方針	----- ----- ----- -----
----------------------------------	----------------------------------

援助内容	サービス内容	サービス種別	事業所	頻度	

介護支援専門員による事業所の紹介・調整等における、本サービス等利用計画書について説明を受けました。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 利用者または申請者署名