ライフサポートプラン①　　　　　　　　　　　　作成日：　　年　　月　　日

様式３

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者名：　　　　　　　　　殿 | 生年月日：　　　　　年　　月　　日 | 住所： |
| 事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（計画作成担当者：　　　　　　　　　　） |
| 認定日：　　年　　月　　日　　認定の有効期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　　　　要介護状態区分： |
| 審査会の意見： |
| 本人の望む暮らしの意向： |
| 当面の具体的な目標：（活動・参加の目標）　　　　　　（心身機能の目標）　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 目標を達成するための課題 | 目標を達成するための具体的な役割と内容　等 |
| 本人 | 家族・介護者 | 地域,医療,その他 | 事業所 | 期間 | 場所 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 他の介護保険サービスの必要と具体的課題 |  |  |  |  |
| 確認欄 | 年　　月　　日 | 氏名　　　　　　　　　　 | 代筆　　　　　　　　　　　（続柄） |