

元気！いきいき！！マイ・ライフプラン

お名前

様

記入日： 平成

年

月

日

今の暮らし ご自身や環境の状況	ご自身やご家族の願い・望み (以前していたこと、したいこと)	望む暮らしに必要なこと(ニーズ)・解決したいことなど
活動(移動・外出方法など)について		
日常生活(家事・家庭の管理など)について		望む暮らしを実現するための目標
地域や家庭での役割・活動又は、仕事や生きがい などについて		望む暮らしを実現するための方法
健康面(体調・食事・運動など)について		

担当者からの応援メッセージ

担当者所属：

担当者名：

実行・支援計画表

お名前

様

実行・支援期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

①目標 ②ご自身で行うことやご家族の支援 ご友人や地域の方に支援してもらうこと	介護保険サービス 地域支援事業	サービス 種別	事業所	期間

総合的な方針：介護（認知症）予防及び改善・支援のポイント

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

初回・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者（A・B・C）
-------	---------	-----------	--------------

[] あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）

平成 年 月 日 印

計画作成(変更)日 平成 年 月 日

初回作成日 平成 年 月 日

認定年月日 平成 年 月 日

認定有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

市記入欄	年 月 日	年 月 日	年 月 日