**マイ・ケアプラン（２）**

**（介護予防サービス・支援計画表）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名前 |  | 様 |
| １．目標　２．セルフケアや家族支援・インフォーマルサービス | 介護保険サービス地域支援事業 | サービス種別 | 事業者・支援機関・団体名等 | 期間 |
|  |  |  |  |  |

総合的な方針：介護(認知症)予防および改善・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。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |  | **氏名** |  | **印** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **【** |  | **】** | **あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |  | **印** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初回作成日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定年月日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定有効期間 令和令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日～令和～令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |