居宅サービス計画の交付書兼受領書

　　　　　 　　 　 　　先生御侍史

先般はご多忙中にもかかわらず　　　　　　 　　　　　 様のサービス利用を計画するに

あたり、医療サービスの利用に係るご意見をいただき厚く感謝申し上げます。

　おかげさまを持ちまして、別添のとおり居宅サービス計画が承認されましたので、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」の第１３条第１９号の２に則り居宅サービス計画を

交付いたします。

参考：指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

第１３条

１９．介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療

サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の

医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という)の意見を求めなければならない。

１９の２．前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際

には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。

所在地:

名　称:

担当者:

　　ＴＥＬ:

 　　　　 ＦＡＸ:

【医師・歯科医師記入欄】

上記利用者の居宅サービス計画の交付を受け、受領しました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　医療機関名

主治の医師等　　　　　　　 　 　　　印

※FAXでも差し支えありませんので、お手数ですが本用紙をご返送いただけると幸いに存じます。

尚、本書式については、羽曳野市医師会、羽曳野市歯科医師会の理事会にて承認を得ています。

 羽曳野市介護保険事業者連絡協議会　ケアマネ部会作成　2019年作成　初版