

年 月 日

登録No. —

事業所名 _____

地域支え合い型訪問支援・通所支援事業支援対象者名簿【 訪問・通所 】

No.	氏 名	住 所	あんしん ケアセンター	支援開始年月日 (※訪問の場合は 支援内容も記載)	備考
1				年 月 日 (支援内容：)	
2				年 月 日 (支援内容：)	
3				年 月 日 (支援内容：)	
4				年 月 日 (支援内容：)	
5				年 月 日 (支援内容：)	
6				年 月 日 (支援内容：)	
7				年 月 日 (支援内容：)	
8				年 月 日 (支援内容：)	
9				年 月 日 (支援内容：)	
10				年 月 日 (支援内容：)	

* 登録内容に変更があるときは、右上の登録No.を記入の上、団体登録変更・廃止届出書（様式第 5 号）とともに提出すること。

* 支援対象者は、要支援 1，2 の要介護認定がある人か、基本チェックリストの実施結果で、支援対象者となった人で、総合事業のサービス利用者としてあんしんケアセンターによりケアプランに位置付けられた者。

* 訪問支援と通所支援については別紙にすること。

* 要介護認定を受けている方は、支援対象者外となります。