

介護保険対象者の引継ぎ書（予防給付・介護給付）

記入日： 令和 年 月 日

被保険者番号																	
利用者名		歳		生年月日		年		月		日							
担当期間		令和		年		月		日		～ 令和		年		月		日	
現在	要介護認定																
	認定有効期間	令和		年		月		日		～ 令和		年		月		日	
引継ぎ後	要介護認定																
	認定有効期間	令和		年		月		日		～ 令和		年		月		日	
変更理由					※その他の場合理由を記載												
経過																	
サービス利用状況	訪問介護	事業所名							電話								
	訪問看護	事業所名							電話								
	訪問リハ	事業所名							電話								
	通所介護	事業所名							電話								
	通所リハ	事業所名							電話								
	福祉用具貸与	品目															
		事業所名							電話								
	福祉用具購入	購入品															
		事業者名							電話								
	住宅改修	改修場所									残額						
		事業者名							電話								
	その他 (配食・ 居宅療養管理指導等も 含む)	内容															
		事業所名							電話								
		内容															
		事業所名	担当者						電話								

変更前事業所名 担当

⇒変更後事業所名 担当

令和 年 月 分から事業者変更をお願いいたします。

なお、利用者への説明・同意は、令和 年 月 日に済んでおります。

添付書類 予防給付： ☐ 利用者基本情報 ☐ 介護予防支援経過記録（3か月分）
☐ 前月の利用表及び別表 ☐ 介護予防サービス・支援計画表（包括が原本を準備します）
介護給付： ☐ 利用者基本情報 ☐ 居宅介護支援経過（3か月分）
☐ 前月の利用表及び別表 ☐ 居宅サービス計画書（1）（2）

