

リハビリテーション専門職によるケアマネジメント支援事業 申込書

西宮市長あて

自立に向けたケアマネジメント 会議実施日		年 月 日	申込日	年 月 日
会議実施圏域 (いずれかに○)		中央 / 鳴尾 / 瓦木 / 甲東・甲陽園 / 北部		
申込者 (ケアプラン作成者)	法人名			
	事業所名			
	担当者名		連絡先電話番号	
実施者 (リハビリテーション専門職)	法人名			
	事業所名			
	担当者名			
利用者	氏名		事例番号	
	住所	西宮市		
訪問	訪問日時	<input type="checkbox"/> 調整済 年 月 日 曜日 ( 時 分) の予定 <input type="checkbox"/> 調整中		
	訪問先	<input type="checkbox"/> 利用者住所 <input type="checkbox"/> その他 ( 西宮市 )		
自立に向けたケア会議で 抽出された課題				
特に助言・提案を 受けたい事項				
添付書類		本事業の申し込みにあたっては、利用者ご本人の同意が必要です。確認のため、「自立に向けたケアマネジメントを目的に実施する地域ケア会議における個人情報使用同意書及びリハビリテーション専門職訪問同意書」の写しを添付してください(会議前に提出している場合は不要です)。		
備考				