

大竹市介護サービス等利用証明書

記入例

令和 00 年 00 月 00 日

大 竹 市 長 様

つぎのとおり介護サービス等を利用しました。

本人署名	被保険者番号	123456789	署名でない場合は、押印をしてください。
	被保険者氏名	■■ ■■	
代筆した場合	代筆者の氏名	■■ ▲▲	署名でない場合は、押印をしてください。
	代筆者の住所	大竹市阿多田●●番地	
	本人との続柄	子	
	連絡先	0827-●●-●●●●	

※氏名が署名でない場合は、認め印で押印してください。

介護サービス等	種類	☐ 初回訪問 ☐ モニタリング ☐ 福祉用具貸与又は特定福祉用具販売 ☒ サービス担当者会議
	実施日	令和 00 年 00 月 00 日
	事業所名等	■■居宅支援事業所
	担当者名	■■ ■■
	事業所名等	▲▲デイサービス
	担当者名	▲▲ ▲▲
	事業所名等	▼▼ヘルパー事業所
	担当者名	▼▼ ▼▼
事業所名等	□□福祉用具レンタル	
担当者名	□□ □□	

※利用証明書は、ケアマネジャーが原本を管理し、各事業者にコピーを配付してください。