

大竹市介護サービス等利用証明書

令和 年 月 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	
	被保険者氏名	
代筆した場合	代筆者の氏名	
	代筆者の住所	
	本人との続柄	
	連絡先	

※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 年 月 日
	事業所名等	
	担当者名	
	事業所名等	
	担当者名	
	事業所名等	
	担当者名	
	事業所名等	
	担当者名	

※利用証明書は、ケアマネー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。