参考様式

宿 泊 サ ー ビ ス 計 画 書

事業所名

計画作成氏名　　作成年月日　　年　　月　　日

氏 名		男 ・ 女	生年月日	年　月　日
住 所				
		要介護度･要支援度		
電 話		認定有効期間	年 月 日 ～	年 月 日

利用者の心身の状況、その置かれている環境及び利用者･家族の希望	
サービス利用上の留意事項	
指定地域密着型通所介護等との連携上、特に留意すること	

サービス提供内容　　具体的なサービスの内容

迎え※	自宅発　： 事業所着　：	項目	援助内容	留意事項
プログラム（日課）				
送り※	事業所発　： 自宅着　：			

宿泊サービスの利用予定日 （記入欄が不足する場合は、別紙に記載してください。）	年　月　日 ～　年　月　日
	年　月　日 ～　年　月　日
	年　月　日 ～　年　月　日

※迎え･送りについては、実施する場合の時間を記入。

宿泊サービス計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

年　　月　　日

利用者同意欄　氏名　　印

説明者　氏名