別紙

**居宅介護支援　サービス利用割合等　説明書**

①前６か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問介護 | ％ |
| 通所介護 | ％ |
| 地域密着型通所介護 | ％ |
| 福祉用具貸与 | ％ |

②前６か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問介護 | 〇事業所　　％ | 〇事業所　　％ | 〇事業所　　％ |
| 通所介護 | 〇事業所　　％ | 〇事業所　　％ | 〇事業所　　％ |
| 地域密着型通所介護 | 〇事業所　　％ | 〇事業所　　％ | 〇事業所　　％ |
| 福祉用具貸与 | 〇事業所　　％ | 〇事業所　　％ | 〇事業所　　％ |

③判定期間　（令和　　年度）
□ 前期（３月１日から８月末日）
□ 後期（９月１日から２月末日）

令和　　年　　月　　日

私は、本書面により、事業所から居宅介護支援の提供に際して、上記の内容について説明を受け、同意しました。

【利　用　者】　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　㊞

【署名代行者】　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　㊞