二本松市自立支援型地域ケア会議対象者報告書（Ｒ〇）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 所属担当者名 | 所属担当者名 |
| 会議開催日 | 令和　　年　　月　　日 |

●対象者概要

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 生年月日・年齢 | S　　年　　　月　　　日生　　　　　歳 |
| 介護度 | 事業対象者　　要支援（　）　要介護（　） |
| サービス利用開始月日 | R　　年　　月　　日～ |
| サービス提供事業所・担当者名 | 担当者： |
| 担当者： |
| 目　標 |  |