様式１（短期集中通所口腔ケアサービス）

見本

年　月　日

730-8586
広島市中区国泰寺町一丁目
6 番 34 号

〇〇歯科医院　御中

居宅介護支援事業所に委託しているケースは
「広島市〇〇地域包括支援センター
（受託者　居宅介護支援事業所　管理者　〇〇 〇〇)」とする。

広島市〇〇地域包括支援センター
センター長　　〇〇　　〇〇

短期集中通所口腔ケアサービス利用依頼書

短期集中通所口腔ケアサービスの利用について、下記のとおり依頼します。

記

１　利用者

（１）　被保険者番号　　〇〇〇〇
（２）　氏　名　　高齢　太郎
（３）　住　所　　広島市中区国泰寺町一丁目6番 34 号
（４）　介護予防サービス・支援計画表、基本チェックリスト、利用者基本情報、アセスメントシートの写し：　別紙のとおり

サービス利用の流れがケアマネジメントＢの場合は、介護予防サービス・支援計画表は不要です。

２　初回サービス提供日時（予定）

年　　月　　日（　　）　〇時〇分～

３　サービス利用の流れ

□　介護予防支援・ケアマネジメントＡ
□　ケアマネジメントＢ（簡略化したケアマネジメント）

４　利用者負担

（　１割　・　なし　）
※ 負担区分に関わらず、舌圧計又は舌トレーニング用具による「効果測定及び評価」の利用者負担はありません。

５　その他留意点等

お問い合わせ先
〒〇〇〇－〇〇〇〇
広島市〇区〇〇
広島市〇〇地域包括支援センター
担当：〇〇
TEL：（０８２）〇〇〇－〇〇〇〇

居宅介護支援事業所に委託しているケースは
「居宅介護支援事業所の連絡先」とする。