参考様式

関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所又は施設名 |  |
| 申請するサービス種類 |  |

|  |
| --- |
| 措置の概要 |
| １　関係市町村との連携の内容  （１）サービス提供前の受給資格の確認について  （２）居宅サービス計画の作成について  （３）利用者に関する通知  （４）事故発生時の対応  ２　他の保健医療・福祉サービス提供主体との連携内容について  （１）サービス提供困難時の対応について  （２）指定居宅サービス事業者との連携について  （３）介護保険施設との連携について  （４）事故発生時の対応 |

※具体的に記載してください。