様式第3号(第11条関係)

|  |
| --- |
| 公的保健福祉サービス適用依頼書第　　　　　号年　　月　　日国頭村長　　　　様 |
|  | 国頭村在宅介護支援センター管理責任者 |  |
| 次により、保健福祉サービスの適用が必要と認められますので、別紙の在宅介護相談等記録票(様式第1号)等を添付のうえ依頼します。 |
| 要介護者 | 氏名 |  | 性別 | 男女 | 生年月日年　　月　　日(　歳) |
| 住所 | 国頭村字 | 電話番号 |
| 相談者名 |  | 介護者との関係 |  | 電話番号 |
| 1　ケース概要及び相談内容(1)　別紙の在宅介護相談等記録表(様式第1号)のとおり(2)　その他の記録等(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 2　保健福祉サービス適用方針及び今後の処遇(1)　サービス適用方針 |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |