通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの併用理由書

年　　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 事業者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | 事業者名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 計画作成担当者名 |  |
| 住所 |  | 事業所の所在地 |  |
| 要介護状態区分 |  | 電話番号 |  |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　　～　　年　　月　　日 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 併用利用が必要な理由 |  |
| 支援内容  ※足りない場合は別紙(任意書式)を追加してください。 |  |
| 通所リハ及び訪問リハの専門職の見立て・意見  ※担当者会議資料添付可 |  |
| 今後の支援の方向性 |  |
| 併用利用の予定期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |

【市記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 事前協議 | 特記事項 |
|  |  |