品川区特例ケース対応相談票

◆照会日(作成日)		年　月　日			
◆居宅介護支援事業所			連絡電話番号	（　　）	
担当ケアマネジャー			ﾌｧｯｸｽ番号	（　　）	
◆相談者	氏　名		該当者との関係		
	住　所		連絡電話番号	（　　）	
◆該当者	氏　名				
	生年月日	M．T．S　年　月　日（　歳）	要介護度		認知症自立度
	住　所		連絡電話番号	（　　）	
◆相談内容		□認定　□保険料　□サービス内容　□事業者　□利用料　□その他（　　）			
◆サービス種別		□訪問介護　□通所介護　□短期入所　□その他（　　）			
◆サービス提供事業所			連絡電話番号	（　　）	

◆相談の趣旨・詳細内容（具体的に記入すること、別紙とする場合でも要約を記入すること）

◆対応・ケアマネジャーの意見（判断を求める内容とその理由・根拠等を具体的に記入すること）

○添付書類
- □ケアプラン表
- □アセスメント表
- □サービス担当者会議記録
- □その他（　　）

◆区の対応経過・結果等

○高齢者支援係地区担当意見（ケアプランチェック）	**○総合判断･意見**
	◎期間：　年　月　日 ～　年　月　日とし、ケアプラン等の見直しを適時行なうこと

上記のとおり決定・回答・報告する。

年　月　日　品川区高齢者福祉課

地域包括支援センター担当課長	支援調整係長	介護給付係長	高齢者支援第一係長	高齢者支援第二係長	担当者

※在支・事業所確認印

		担当

（2026.5.8版）