

年 月 日

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利用に係る理由書

事業所名称 _____

電話番号 _____

介護支援専門員 _____

被保険者番号										生年月日	年 月 日(歳)
被保険者氏名										要介護度	支 1 2 介 1 2 3 4 5
被保険者住所											
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
併用利用の位置付けおよび利用期間に関する本人・家族への説明											未・済
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										

※支援内容を位置付けてあるケアプラン・基本情報と共にご提出ください。また、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーション計画書がある場合、併せてご提出ください。