令和　　年　　月　　日

高知市訪問型サービスＣ連絡票

　　　　　　　　　　　　様

報告者　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

高知市訪問型サービスＣの利用について終了しましたので，報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用対象者 | ふりがな |  | 生　年　月　日 | 支援区分 |
| 氏　名 |  | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日生（　　　　歳） | 事業対象者要支援１要支援２ |
| 住　所 |  | 電話番号 |  |
| 終　了　日 | 令和　　　年　　　月　　　日　 | 支援回数　 |  |
| 連　　　絡　　　事　　　項 | 終了時の状況 |
| 担当者がモニタリングを実施する際の生活行為等の留意点について記入ください。 |