**関係市町村並びに他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所または施設名 |  |
| 申請するサービス種類 |  |

|  |
| --- |
| **1.関係市町村との連携の内容**（1）サービス提供前の受給資格の確認等（2）居宅サービス計画の作成等（3）利用者に関する通知（4）事故発生時の対応等 |
| **2.他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携内容**（1）サービス提供困難時の対応（2）指定居宅サービス事業者との連携（3）介護保険施設との連携（4）事故発生時の対応　 |
| **3.その他参考事項** |