**新型コロナウイルス感染症に係るサービス利用（内容）変更について**

被保険者氏名　　　　　　　　　　様

令和　　年　　月　　日作成分ケアプランについて

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 訪問系サービス | □ | 訪問（　　　　　　）訪問回数・内容の変更 |
|  |
| 通所系サービス通所介護（2時間以上3時間未満）通所リハビリ（1時間以上2時間未満） | □ | 通所（　　　　　　）通所回数・内容の変更 |
|  |
| □ | 通所（　　　　　　）訪問への変更 |
|  |
| □ | 通所（　　　　　　）電話確認への変更 |
| 健康状態、直近の食事の内容や時間、直近の入浴の有無や時間、当日の外出の有無と外出先、希望するサービスの提供内容や頻度等について電話により確認を行なう□休業の要請を受け　1日2回まで算定□休業の要請なし　　1日1回まで算定 |
| その他のサービス | □ |  |
|  |

**（変更）**

令和　　年　　月　　日より上記の内容に変更します。

令和　　年　　月　　日

（電話・面談）にて説明・同意いただきました。

**（通常プランへ戻す）**

令和　　年　　月　　日より上記の内容を通常時の内容に変更します。

令和　　年　　月　　日

（電話・面談）にて説明・同意いただきました。

署名