

〇〇号
令和 年 月 日

(本人、家族、その他の支援者) 様

神奈川県〇〇〇保健福祉事務所長

退院後支援ケース会議の結果について (お知らせ)

保健福祉事務所センター及び市
保健所の場合は差し替えること

〇〇〇〇〇〇様の標記会議の結果について下記のとおりお知らせいたします。

1 日時

2 場所

3 出席者 本人 家族 ()

入院先医療機関

()

地域援助事業者等

()

行政機関

()

その他

()

4 退院後支援に関する計画

別紙のとおり

5 その他

○この計画は、本人、家族及びその他の支援者が計画の見直しを希望した場合又は支援状況に応じて支援内容等を見直す必要があると考えられた場合には、計画の見直しについての検討を行います。

○計画に基づく支援期間中に転居される場合は、事前に下記まで御連絡ください。同意をいただければ、転居先の自治体に計画の内容等を情報提供いたします。

問合せ先