（参考様式１３）

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

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | ○○○ケアプランサービス |
| サービスの種類 | 居宅介護支援事業 |

|  |
| --- |
| １　関係市町村との連携の内容  ２　他の保健医療・福祉サービスの提供主体との連携の内容  ３　その他参考事項 |

　※必要な項目等があれば、適宜、追加してください。