（参考様式１２）

**介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  |
| 申請するサービスの種類 | |  |
| 連携する機関等  （名称・連絡先を記入） |  | |
| １．サービス提供体制の確保（当該サービスの開始又は終了の際に、生活環境や介護の連続性に配慮して適切なサービス提供を行うための対応方策等を記載してください。） | | |
|  | | |
| ２．緊急時の対応（夜間及び緊急時における対応について、連携機関との間であらかじめ取り決めた事項を記載してください。） | | |
|  | | |
| ３．その他の連携・支援体制（上記以外の連携・支援体制があれば記載してください。） | | |
|  | | |