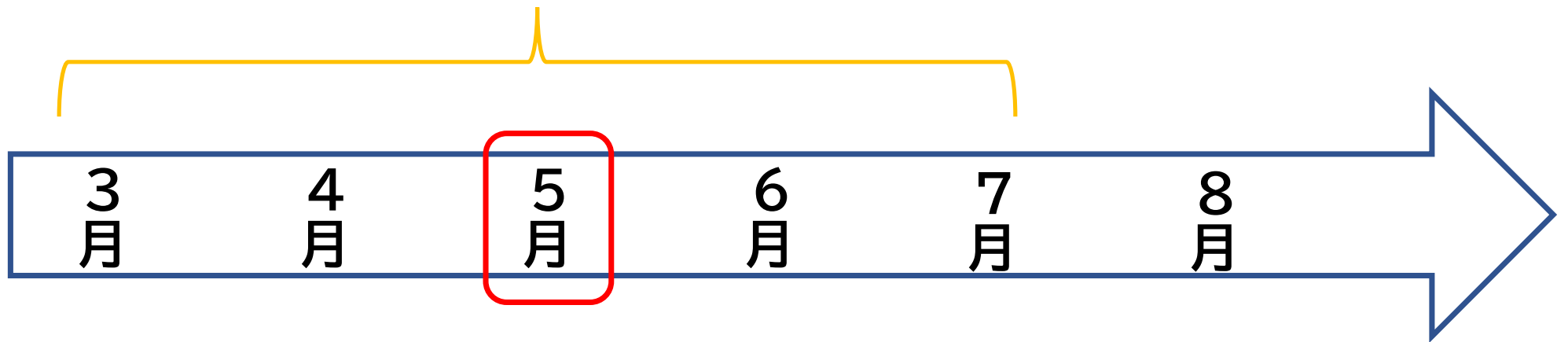


例:5月のプランを提出する場合

5枚以内での提出をお願いします

居宅介護支援事業所・介護保険3施設及び居住系サービス



地域包括支援センター及び介護予防支援事業所