

基本チェックリスト及び確認シート実施依頼書

受付 No	
-------	--

受付日	令和 年 月 日	受付場所	
担当地域包括 支援センター		担当者名	

1 対象者

フリガナ			被保険者番号			
氏名		性別	男・女	生年月日	T S . . (歳)	
住所				電話番号	—	
日中連絡の つく人				電話番号	—	
現在の 状況	認定状況	要支援 1・2 / 事業対象者		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
	利用サービス					
	居宅介護支援事業所	TEL —				
	生活場所	自宅・施設 () ・その他 ()				
		入院中 () 退院予定： 年 月 日				
本人の状態						

2 相談者

フリガナ		本人との関係	
氏名			
住所		電話番号	—
相談理由			

サービスを利用するのにあたり、基本チェックリスト及び確認シートの実施を依頼します。また、介護予防ケアマネジメントを作成する地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者が、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト、確認シート及び利用者基本情報を市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに対し同意します。

氏名 _____

代理人 _____ 本人との関係 _____