

基本チェックリスト実施依頼書

年 月 日

尾道市長 様

尾道市介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、事業対象者判定用基本チェックリスト[裏面]の実施を依頼します。

対象者(被保険者)

被保険者番号			
フリガナ		生年月日	年 月 日(歳)
氏 名			
住 所	尾道市 電話番号() -		
連絡先	*対象者本人以外で希望がある場合に記入 氏名 (本人との関係) 電話番号() -		
現在(前回)の認定等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 未申請 [有効期間: 年 月 日~ 年 月 日]		
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> 短期集中型通所サービスのみ希望		

介護予防・日常生活支援総合事業の利用に当たり必要があるときは、基本チェックリストの内容を、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所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同意します。

本人氏名

代筆者氏名

本人との関係

市処理欄

提出代行者

包括名・居宅介護支援事業所名	市への提出日

尾道市受付

尾道市受付

(裏面)

事業対象者判定用基本チェックリスト

(実施日: 年 月 日)

Main checklist table with columns for Name, Birth Date, Family Structure, Question No., Question Item, Answer, and Judgment. Includes questions about mobility, daily activities, weight loss, and social engagement.

以下の質問に、分かる範囲でお答えください。

Additional questionnaire table with columns for Question No., Question Item, and Answer. Focuses on current medical conditions and doctor visits.

【事務処理欄】

判定 事業対象者 ・ 非該当

基本チェックリスト実施者 包括名・居宅介護支援事業所名 氏名

市処理欄

入力 確認 通知