

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

島本町長 様

島本町介護予防・日常生活支援総合事業
基本チェックリスト判定申込書

島本町介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービスと通所型サービスのみを利用したいので、基本チェックリストによる判定を申し込みます。

被 保 険 者	フリガナ		性 別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日
	住 所	島本町		
	電 話			

利用を希望するサービス（該当する番号に○を付けてください。）

- 1 訪問型サービス（ホームヘルプサービス）
- 2 通所型サービス（デイサービス）

介護予防ケアマネジメント、訪問型サービス及び通所型サービスの提供にあたって必要があるときは、私に関する基本チェックリスト、基本チェックリスト概況票、基本チェックリスト特記事項及び基本チェックリストの実施結果について、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、第1号事業者その他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（自署）