

記入欄には、すべて基本チェックリストを受けるご本人の情報を記入ください。ご家族の方や居宅介護支援事業者の方が代行でお持ちいただく場合も同様です。

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

基本チェックリストを受ける方の氏名等をご記入ください。

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 | シマモト タロウ | 性 別 | 生年月日 |
| | 氏 名 | 島本 太郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 男・女 | 昭和●●年●●月 ●日 |
| | 住 所 | 島本町桜井二丁目●●番●●号 | | |
| 電 話 | 075-●●●-●●●● | | | |

1・2いずれか若しくは両方に○をつけてください。

利用を希望するサービス（該当する番号に○をつけてください。）

| |
|-----------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 訪問型サービス（ホームヘルプサービス） |
| <input type="checkbox"/> 2 通所型サービス（デイサービス） |

本人の自署で氏名をご記入ください。

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） 島本 太郎