

# 基本チェックリスト及びアセスメント実施申請書

(宛先)高松市長

次のとおり基本チェックリスト及びアセスメントの実施を申請します。

受付 場所	<input type="checkbox"/> 介護保険課	受付者 (サイン)
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (介護予防係・包括支援係)	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 ( )	
担当: 地域包括支援センター・サブセンター		<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 一宮 <input type="checkbox"/> 山田 <input type="checkbox"/> 勝賀 <input type="checkbox"/> 香川 <input type="checkbox"/> 牟礼 <input type="checkbox"/> 国分寺

申請年月日		令和 年 月 日	太枠の中をご記入ください。	
対象者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日 生
	フリガナ		年 齢	( 歳 )
	氏 名		電話番号	
	住 所	〒 高松市 町		
	要介護認定	未申請	要支援: 1・2	有効期間: 年 月 日まで
生活場所	自 宅			
	入院中 (病院名	電話番号	) 退院予定日: 年 月 日	
	その他 (施設名	電話番号	)	
相談者	フリガナ		対象者との関係	
	氏 名		電話番号	
	住 所			
困っていること				
相談に来た理由				

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又は居宅介護支援事業者が、基本チェックリスト及びアセスメント結果を利用し、主治医等に連絡することについて同意します。

対象者氏名 (自筆)

家族代筆者氏名

..... <<実施に伴う確認事項>> .....

- 1 契約の立会人: 上記に記入いただいた「相談者」  
相談者以外の方 (氏名) (対象者との関係)  
立会なし
- 2 昼間連絡のつく電話番号: - - 対象者 相談者 相談者以外の方 (氏名)
- 3 契約場所: 上記に記入いただいた「対象者」の住所  
上記に記入いただいた入院中の医療機関又は入所中の施設等

( 名称又は氏名 ) \_\_\_\_\_  
( 住所 ) \_\_\_\_\_ ( 電話番号 ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_