

基本チェックリスト申請書

東根市長様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		申請年月日	年	月	日						
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月	日					
	氏名											
	住所											
		電話番号										
前回の要介護認定の結果等	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5			
*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期限	年			月	日	から	年			月	日

【本人・家族記入欄】

来 庁 者	来庁者氏名		本人との関係	
	来庁者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ（異なる場合は住所を記入してください）		
		電話番号		

【事業所記入欄】

代 行 者	事業所名		来庁者	
	事業所住所	電話番号		

介護予防ケアマネジメントのために必要があるときは、基本チェックリストにかかる聴取内容を、東根市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所もしくは、居宅サービス事業所に提示することを同意します。

本人氏名 _____

【市役所記入欄】

担当地域包括支援センター *いずれかに○		東根市地域包括支援センター中央	TEL : 42-3939					
		東根市地域包括支援センターしろみず	TEL : 53-0600					
		東根市地域包括支援センターしろみずサブセンター	TEL : 53-0606					
担当包括への連絡	月	日	電話連絡済	・	未			
基本チェックリスト聴取予定日	月	日	()	午前・午後	時	分	・	未定

確認用フローチャート（□に✓しながら聞き取りしてください）

