

# 基本チェックリスト実施申込書

受付場所	
受付者	
担当地域包括支援センター	

※対象者の住所地の地域包括支援センターへ提出  
(新規相談の場合は対象者確認シートも包括へ提出)

受付日	令和 年 月 日	被保険者番号	
対象者	フリガナ		
	氏名	生年月日	性別
	( 歳)	明・大・昭 年 月 日生	男・女
住所	〒 前橋市 町 電話番号		
提出者	フリガナ	対象者(本人) との関係	
	氏名		
	住所	〒 ー 電話番号	
代行 事業所名			
担当ケア マネジャー	基本チェックリスト 実施時の同行 有・無		

サービスの利用にあたり、基本チェックリストの実施を申し込みます。

利用者氏名(必須) \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_

利用者との関係 ( )

※利用者本人が自署できない場合には、本人承諾のうえ代理人による代筆が可能です。  
その場合には、代筆者の署名をお願いします。

## 《 確認事項 》

現在の 状況	要介護認定	なし 要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5
		有効期間： 年 月 日まで
	生活場所	自宅 ・ その他
	本人の状態	入院中： 退院予定日： 年 月 日 リハビリ(予定)： 有・無
立会い者	あり ⇒氏名 _____ 被保険者との関係 ( ) なし	
日中連絡の取れる 電話番号(携帯可)	— —	氏名・利用者との関係 ( )
	— —	氏名・利用者との関係 ( )
連絡の取れる時間帯	□いつでも可	
実施場所	□自宅 □自宅以外の場所：	

※包括記入欄

日付		受付者	
----	--	-----	--