

令和 年 月 日

北上市長 様

申込先 事業所名 _____
 申込者 事業所名 _____
 担当者名 _____
 連絡先 _____

訪問型短期集中予防サービス依頼書

次のとおり訪問を依頼します。

1 訪問を希望する者

被保険者番号			
氏名	ふりがな (自署)	要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 申請中
住所		利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> 住宅改修
生年月日	昭和 年 月 日 (才)	電話番号	

2 訪問希望

訪問日時	令和 年 月 日 () 時から 時まで
------	----------------------

3 連絡事項

本人が望む(取り戻したい)暮らし	
支障を来している生活行為(ADL/IADL)	調理・掃除・洗濯・片付け・ごみ捨て・買物・金銭管理・薬の管理・外出・コミュニケーション・食事・更衣・整容・入浴・排泄・その他 () <様子>
助言を希望する内容について	<input type="checkbox"/> 生活行為の阻害要因 <input type="checkbox"/> 回復・改善可能な事柄 <input type="checkbox"/> 改善のための効果的な取り組み <input type="checkbox"/> その他 () <内容>

※申請書には、利用者基本情報の写し、基本チェックリストの写しを添付してください。

またケアプランを作成している場合は、ケアプランの写しも添付してください。