

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者確認票

年 月 日

所属・受付者名 ()

本人	被保険者番号		生年	明治・大正・昭和
	氏名		月日	年 月 日 (歳)
	住所		連絡先	
	介護度	新規・サービス事業対象者・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
	有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日(認定者のみ)		
	相談理由			
代理相談の場合 (本人以外)	相談者氏名		続柄	
	住所		連絡先	
	相談理由			

【確認内容】

※希望する事業所があれば記入してください。

項目	確認事項	チェック
今後、利用希望するサービスの内容	1 訪問による掃除や買い物等の生活支援を希望(訪問介護) ⇒ 希望回数: 回(週) 内容: 希望する事業所:	<input type="checkbox"/>
	2 通所介護(デイサービス)で、他者との交流や運動したい ⇒ 希望回数: 回(週) 内容: 希望する事業所:	<input type="checkbox"/>
	3 下記のサービスを希望したい。(希望するサービスに○) 1.デイケア 2.訪問看護 3.福祉用具レンタル・購入 4.住宅改修 5.地域密着型サービス 6.ショートステイ 7.その他()	<input type="checkbox"/>
	4 入居(グループホーム・サ高住)、入所(特養・老健等)したい	<input type="checkbox"/>
	5 その他:	<input type="checkbox"/>

◎介護予防・日常生活支援総合事業についての説明(済・未)

◎1・2(訪問介護・通所介護)のみのサービス希望 チェック:

訪問介護	週2回まで	回答 (回)
通所介護	週1回まで	回答 (回)



チェックリスト対象者

◎1・2(訪問介護週3回・通所介護週2回)を希望、または、1～4のサービスを希望
チェック: 要支援・要介護申請を行ってください。

介護予防・生活支援サービス事業等のサービス利用にあたり、対象者確認票の内容を、市、地域包括支援センター等に対し情報提供することに同意します

本人氏名

代理人氏名