

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼書

年 月 日

吹田市長あて

依頼者 住所

氏名

利用者との続柄

電話番号

次のとおり、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼します。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|--------------------------------------|--|---|---|---|-------------|---|------|----|--|---|-----------|-----|--|
| 利 用 者 | 氏名 | ふりがな | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 吹田市 | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |
| | 生年月日 | 1 明治 2 大正 | | 年 | | 月 | | 日 | | 年齢 | | 歳 | 性別 | 男・女 | |
| | | 3 昭和 4 西暦 | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護保険被保険者番号 | | | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | |
| 介護保険認定状況 | | 区分 | | | | | 要支援1 ・ 要支援2 | | | | | | | | |
| | | 認定日 | | | | | 年 | | | 月 | | | 日 | | |
| | | 有効期間 | | | | | 年 | | | 月 | | | 日から 年 月 日 | | |
| 基本チェックリスト状況 | | 基本チェックリスト実施日 | | | | | 年 | | | 月 | | | 日 | | |
| | | 基本チェックリスト実施地域包括支援センター | | | | | 地域包括支援センター | | | | | | | | |
| | | 基本チェックリスト実施者 | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問先住所 | | 1. 依頼者住所地 2. 利用者住所地 3. その他の住所地 | | | | | その他の住所地 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| <p>地域包括支援センターが行う業務において利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定、要支援認定または基本チェックリストの該当に係る調査内容・意見、及び利用者基本情報、アセスメントシート等を、居宅介護支援事業者、介護保険施設、主治医、その他業務の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者本人氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |