

あんしん介護予防事業・短期予防訪問サービス (いきいき訪問) 利用申請書

申請日： 年 月 日

(あて先) 一宮市長

〒
住所フリガナ
氏名

電話番号

生年月日 大・昭 年 月 日 (年齢 歳)

次のとおり、短期予防訪問サービスの利用を申請します。

・□に を入れてください。

実施者	希望日	
<input type="checkbox"/> 理学療法士又は、作業療法士	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり	
	午前	月・火・水・木・金
	午後	月・火・水・木・金
<input type="checkbox"/> 柔道整復師	午後	<input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり (月・火・水・木・金)

年 月 日

地域包括支援センター名
居宅介護支援事業所名

電話番号

担当者名

* 添付書類 (以下は必須になりますので□ににて確認し市に提出ください。)

- 利用者基本情報 (写し)
- 基本チェックリスト (6か月以内に実施したもの)
- サービス支援計画書 (写し)
- 自宅付近の地図 (玄関を矢印で記載)