

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。

サービス名	実施者	曜日希望
<input type="checkbox"/> 運動・体操	<input type="checkbox"/> 理学療法士又は、作業療法士	要相談
	<input type="checkbox"/> 柔道整復師	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 の午後
<input type="checkbox"/> 栄養の改善	管理栄養士	要相談
<input type="checkbox"/> お口の健康	歯科衛生士	要相談
<input type="checkbox"/> 認知症予防 <input type="checkbox"/> 閉じこもり予防 <input type="checkbox"/> 健康相談	保健師	要相談

短期予防訪問サービスを必要と認めます。

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 (以下は市で記入します。)

 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)