**基本チェックリスト兼総合事業利用申請書**

　伊那市　高齢者福祉課

　（あて先）伊那市長　次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　実施日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（ 男・女 ） | 生年月日　T・S　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（地区　　　　） | 電話番号　　　　　 |

**基本チェックリスト**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回答者：本人・家族（　　　　　　　）



この「基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄ」及び「相談受付票」の内容は介護予防・生活支援ｻｰﾋﾞｽ事業の該当把握を目的にしています。

回答の結果は、伊那市地域包括支援センターにて、サービス調整にむけて使用させていただきます。

氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　代筆（続柄）

**市担当者記入欄（本人等記入不要）　　　　　　　地域包括支援センター担当者名（　　　　　　　　　　　）**

　**該当　・　非該当　　一般介護予防事業・その他（　　　　　　　）**

＊該当項目は下欄に○印を記入。○印が付いたら総合事業利用の検討が可能。



