様式第１（第６条関係）

リハビリテーション専門職訪問事業利用申請書

年　　月　　日

（宛先）北名古屋市長

申請者　住所

氏名

電話番号

リハビリテーション専門職訪問事業の利用を申し込みます。
介護サービス事業所、医療機関等から、事業の利用に必要な個人情報を取得し、同機関等に訪問の内容や経過を提供することに同意します。

ふりがな 利用者名			
生年月日	年　　月　　日	年齢	歳
住　　所	北名古屋市		
電話番号			
緊急連絡先	氏名＿＿＿＿＿＿続柄（　　）電話番号＿＿＿＿＿＿ 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
介護保険 認定情報	□　事業対象者　　□　申請中 □　要支援（　１　・　２　）		
希望する 理由･目的	（改善したい動作・望む暮らしなど）		

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　添付書類　⑴　基本チェックリスト
⑵　利用者情報（世帯状況、現病歴、既往歴、生活状況等）がわかるもの又は利用者基本状況の写し