

様式第2号（第5条関係）

基本チェックリスト（要介護3以上、下肢・体幹機能障害用）

年 月 日

記入者 住所

氏名

電話番号

利用者との関係（ ）

氏名	<input type="checkbox"/> 記入者と同じ	生年月日	
住所	<input type="checkbox"/> 記入者と同じ		
担 当 事 業 所	<input type="checkbox"/> 有（事業所名 ） <input type="checkbox"/> 無		
担当ケアマネージャー 担 当 相 談 員	<input type="checkbox"/> 有（担当名 ） <input type="checkbox"/> 無		
身 体 障 害 者 手 帳	<input type="checkbox"/> 有（障害内容 ） <input type="checkbox"/> 無		
要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
No.	質問項目	回答：いずれかに○印を付けてください。	
1	御自宅で生活されていますか。	はい	いいえ
2	バスや電車を身体的な介助なく、1人で利用できますか。	はい	いいえ
3	タクシーを身体的な介助なく、1人で利用できますか。	はい	いいえ
4	外出時は常に車椅子を使用していますか。 （要介護3以上の方のみご回答ください。）	はい	いいえ

※ 「身体的な介助」は、御自身の自室から玄関までの移動と乗降車の際に行われる介助を指します。

(裏面)

注意事項

- 1 チェックリストの内容と事業利用者の実態が異なることが発覚した場合は、遡って利用料金を納めていただきます。
- 2 施設入所された場合は、本事業を御利用いただけなくなります。
- 3 本事業の利用登録を更新する場合は、毎年6月30日までに更新手続を行う必要があります。また、事業の対象要件に該当しない場合は登録が解除となり、事業を御利用いただけなくなります。