

様式第1号（第7条関係）

五所川原市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

年 月 日

五所川原市長

申請者 住 所  
氏 名

(※氏名は自署又は介護支援専門員の代筆)

五所川原市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

五所川原市介護予防日常生活支援総合事業を利用したいので、基本チェックリストを添付のうえ、次のとおり申請します。

なお、介護予防ケアマネジメントを実施するために必要があるときは、基本チェックリスト及びこの事業で得られた個人に関する情報を関係機関へ提供することに同意します。

		個人番号													
		被保険者番号													
対象者	ふりがな							生年月日	年 月 日 ( 歳)						
	氏 名														
	住 所	五所川原市						電話							
緊急連絡先		氏名							続柄						
		住所							電話						
希望サービス		<input type="checkbox"/> 訪問型サービス( ) <input type="checkbox"/> 通所型サービス( ) <input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス													

※市担当係記入欄

分 類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	区 分	→	生 保	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有
サービス 開始日	/ ~	有効 期間	. . . ~ . . .	納付 状況	滞 納 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有 不納欠損 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有