

村田町長

申請者（利用者）住 所

氏 名

㊦

介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

村田町介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、下記のことについて誓約します。

記

被保険者番号	
フリガナ	
氏名	男 ・ 女
住 所	〒 ー
生 年 月 日	年 月 日 （ 歳）
電 話 番 号	
緊急連絡先	住 所 氏 名 続柄（ ） 電話番号
事 業 名	1 介護予防訪問介護相当サービス（第1号訪問事業） 2 介護予防通所介護相当サービス（第1号通所事業）
現在の要介護認定の結果等	要支援1 ・ 要支援2 ・ なし 有効期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
添 付 書 類	・介護保険被保険者証 ・基本チェックリスト（居宅要支援被保険者を除く。） ・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

- 1 私は、村田町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定める遵守事項を理解し、これに従い、自らの意思で事業を利用することとします。
- 2 この事業で得られた個人に関する情報を、統計処理することを了承します。
- 3 この事業で得られた個人に関する情報を、ケアマネジメント事業や、事業実施の際に活用する観点から、関係機関へ提供することを了承します。
- 4 第1号通所事業の実施施設における利用に関する規定を遵守いたします。