

年 月 日

安中市長 様

住所
 申請者 氏名 ㊟
 電話
 利用者との続柄()

安中市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

安中市介護予防・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いたします。

ふりがな			生年月日	明治・大正・昭和		
氏名				年	月	日
住所	〒379-01 安中市			性別	男・女	
電話番号	-	-	被保険者番号			
認定・判定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者		有効期間	平成	年	月 日から
				平成	年	月 日まで
利用事業	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス（事業所名： ） <input type="checkbox"/> 通所型サービス（事業所名： ） <input type="checkbox"/> 生活支援サービス					
緊急連絡先	住所					
	氏名		続柄			
	電話番号					

- 私は、安中市介護予防・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、自らの意志で事業を利用することとします。
- 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に同意します。
- 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に了承します。
- 通所型予防サービス事業の実施施設における利用に関する規定を遵守します。

受付日	受付者印	確認事項
		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 基本チェックリスト