

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

平川市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

平川市長 様

住 所

申請者 氏 名

平川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	フリガナ						生年月日	年 月 日			性別								
	氏 名							(歳)				男・女							
	住 所	平川市					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"/> 訪問型サービスA <input type="checkbox"/> 通所型サービスA <input type="checkbox"/> 訪問型サービスB <input type="checkbox"/> 通所型サービスB <input type="checkbox"/> 通所型サービスC <input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス																	