様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

石岡市長　宛

申請者　氏名

　　　　住所

　　　　電話

介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

石岡市介護予防・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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者氏名 |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望サービス | □訪問サービス　　　□通所サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄（　　　） | | | | 電話番号（自宅） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号（携帯） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１．本申請を行うにあたり，石岡市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第４条に規定された事項に関する確認のため，介護保険料納付状況について開示を受け調査することに同意します。

２．介護予防ケアマネジメント等，事業実施に活用する観点から，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。

利用者氏名

申請者氏名