

一関市長 様

介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての認定を受けたいので、一関地区広域行政組合介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

被保険者	被保険者番号 フリガナ		個人番号																	
	氏名			生年月日	年		月													
	住所	郵便番号（ - ）																		
	現在の認定等 <small>（該当者のみ）</small>	状態区分 要支援1 ・ 要支援2 ・ その他（ ）																		
		有効期限 年 月 日 から 年 月 日																		
申請者	フリガナ			本人との関係																
	氏名			電話番号																
提出代行者	名称	電話番号																		
	住所	郵便番号（ - ）																		
<p>介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係るケアプランの作成等、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、基本チェックリストの記載内容及び利用者負担割合について、高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）等の関係機関へ情報提供することに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人氏名 _____</p>																				

添付文書 基本チェックリスト

<事務処理欄>

	申請受付日	被保険者証発送日
受付場所（氏名）		
備考		

