玉名市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

玉　名　市　長　様

次のとおり、基本チェックリストを添付のうえ申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 申請年月日 | 　　　　年 　　月　 　日 |
| 本人との関係 |  |
| 提出代行者者名　　　　称 | 該当に○（包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設） |
| 申請者住所 | 〒 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  対　象　者 | ふりがな |  |  | 大正・昭和 |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年 　月　 日(　　 歳) |
| 被保険者番号 |  | 個人番号 |  |
| 住　所 | 玉名市 | 電　話 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | 続　柄 |  |
| 住所 |  | 電　話 |  |

【情報提供の同意】

介護予防・日常生活支援総合事業の利用に当たり、申請書及び基本チェックリスト、その他基本情報に関する内容を、玉名市から玉名市包括支援センター（包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者）に情報提供することに同意します。

年　　　月　　　日　　　　　　　　本人氏名

　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　（代筆者）

|  |
| --- |
| **受付印** |
|  |

**＜事務処理欄＞**

**未認定・要支援１・要支援２　（ 有効期限：　　　　　　年　　　　　月末 ）**

**現サービス（　　　　　　　　　　　　　　　）担当CM（　　　　　　　）**

**利用希望サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）**

**連絡先（　　　　　　　　）送付先（　　　　　　　　）対応者（　　　　　）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事務処理日** | **システム入力** | **写し包括へ** | **受付表入力** |
| **／** | **／** | **／** |