

## 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 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	

次のとおり決定してよろしいでしょうか。

決定区分	<input type="checkbox"/> 決定する <input type="checkbox"/> 決定しない（理由 _____）
------	---

介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書利用決定事務に当たり、申請者、配偶者及び同居者の状況を住民基本台帳により、対象者の要介護状態区分を介護保険受給者管理台帳により確認することについて同意します。

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、申請者及び基本チェックリスト並びに決定通知書の写しについて玉名市から玉名市包括支援センターに提示することに同意します。

有効期日 ( 年 月末)

未認定・要支援1・要支援2

現サービス (デイ・ヘルパー・福祉用具レンタル)

訪問のための連絡先 ( )

送付先 ( ) 対応者 ( )

本人氏名  
(代筆者)