様式第１号（第１２条関係）

年　　月　　日

（宛先）甲州市長

住　所

申請者　氏　名

利用者との関係

甲州市介護予防・日常生活支援総合事業サービス利用申請書

甲州市介護予防・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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利 用 者（被 保 険 者） | 被保険者番号 | |  | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 氏　　名 | |  | | | |
| 住　　所 | | 〒  電話番号　　　（　　　） | | | | | | |
| 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「事業」という。）の決定にあたり必要となる収入等の状況について、官公署等に調査確認されること及びこの事業で得られた個人に関する情報をケアマネジメント事業や事業実施の際に活用する観点から関係機関へ提示することに同意します。  年　　月　　日  本人氏名 | | | | | | | | | |
| **〇以下担当ケアマネージャー等が記入**担当者氏名 | | | | | | | | | |
| サービス内容（いずれかに〇） | | | | | | | | | |
| 独自訪問 | | 緩和訪問 | | 独自通所 | 緩和通所 | 訪問B | | 通所C | ふれペン |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |