様式第１号の２（第７条関係）

年　　　月　　　日

（宛　先）　潟　上　市　長

　　潟上市介護予防・日常生活支援サービス事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援サービス事業対象者についての確認を受けたいので、次の通り申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．申　請　者　（　被　保　険　者　） | | | | | |
| 被保険者番号 |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| フリガナ |  | | 性　　別 | 男　　・　　女 | |
| 氏　　名 |  | | 電話番号 |  | |
| 住　　所 | 郵便番号 | | | | |
| 前回の認定等（該当者のみ） | 状態区分 　要支援1　要支援2　総合事業対象者　その他（　　　　　　 ）  有効期間　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 希望するサービスと申請の理由 | サービスの内容 |  | | | |
| 理　　由 |  | | | |
| ２．問　い　合　わ　せ　先 | | | | | |
| フリガナ |  | | 本人との関係 | |  |
| 氏　　名 |  | | 電話番号 | |  |
| 住　　所 | 郵便番号 | | | | |
| 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係る計画の作成等、  総合事業の適切な運営のため必要があるときは、総合事業対象者の確認にかかる基本チェックリストの記載内容を潟上市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所その他、本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。  年　　　月　　　日  本人氏名 | | | | | |

　　＊添付文書　　基本チェックリスト

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　受　付　印

|  |  |
| --- | --- |
| 受付場所 |  |
| 氏　名 |  |

　　＜事務処理欄＞