

介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

別紙 2

山北町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	住 所	〒			
	利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス			

申 請 者	申請者氏名		本人との関係	
	住 所	〒		
	提出代行者	電話番号 名 称 代表者名 印		

町 記 載 欄	前回介護度	<input type="checkbox"/> 認定無し <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2		
	基本チェックリスト実施日	平成 年 月 日		
	事業対象者	該当 ・ 非該当 (非該当理由 :)		
	基本チェックリスト	調査場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他 () 立 会 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (家族・)	受 付	

介護予防ケアマネジメントの作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、事業対象者認定にかかる調査内容、基本チェックリスト、判定結果を山北町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、基本チェックリストに従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 _____