別記第３号様式（第１２条関係）　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

益　城　町　長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　印

益城町介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

　益城町介護予防・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。なお、申請にあたり、下記のことについて誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者 | 氏　名 |  | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | 性別 | 男・女 |
| 住　所 |  | | 嘱託区 |  | | | 電話 |  | |
| 緊急連絡先 | 氏　名 |  | | | | 続　柄 |  | | | |
| 住　所 |  | | | | 電　話 | (携帯) | | | |
| 主 治 医 | | 電話 | | | | | | | | |
| 主な疾患 | |  | | | | | | | | |
| 希望する事業に○をつけてください | | | | | | | | | | |
| １．訪問型サービス　　①介護予防訪問介護相当サービス  ２．通所型サービス　　①介護予防通所介護相当サービス  ②通所型サービスＡ　　　　　　　　　③通所型サービスＣ（事業所型）  ④通所型サービスＣ（栄養改善教室）　⑤通所型サービスＣ（笑食笑食教室）  ※１．２を希望の場合・・・添付書類「基本チェックリスト・基本情報・介護予防サービス支援計画書」が必要です  ３．一般介護予防事業　※３．一般介護予防事業のみ利用希望の場合は、申請書の提出は必要ありません  　　①地域サロン（　　　　　地区）　②その他の介護予防事業（　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分等 | | | 事業対象者 | | | | | | | |
| 備　　　考 | | | ・利用開始希望日  ・利用事業所 | | | | | | | |

1. 私は、介護予防・日常生活支援総合事業に、自らの意志で参加することとします。
2. この事業で得られた個人に関する情報を統計処理することに同意します。
3. 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供することを了承します。