様式第２号（第７条関係）

　　　　　年　　月　　日

深　浦　町　長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

**深浦町介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書**

　深浦町介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、基本チェックリストを添付

のうえ、次のとおり申請します。

　なお、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、基本チェックリス

ト及びこの事業で得られた個人に関する情報を関係機関へ提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  | |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　　月　　日 | |
|  | 男・女 | | | | | | | | | | | | （　　　　　歳） | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | 電話 |  |
| 緊　急  連絡先 | 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | 続柄 |  |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | 電話 |  |
| 希望サービス | | □訪問型サービス（現行相当・Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ)  □通所型サービス（現行相当・Ａ・Ｂ・Ｃ)  □生活支援サービス（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |