様式第１号（第３条関係）

年　　　月　　　日

　（宛先）

　羽生市長

　申請者　住所

（提出者）氏名

電話番号

羽生市介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

　介護予防・生活支援サービス事業の利用のため、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用申請者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 年　齢 | 歳 |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | 性　別 |  |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | 電話番号 |  |
| 緊急連絡先 | フリガナ |  | | | | | | | | | | 続　柄 |  |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | 電話番号 |  |

　私は、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に同意します。

本人氏名

■市役所使用欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基本チェックリスト | 介護保険料 | 要介護等認定 | サービス希望 |
| □ 該当  □ 非該当 | □ 滞納なし  □ 滞納あり | □ 無  □ 有 | □ 通所型　　□ その他  □ 訪問型 |

※実施した基本チェックリストを添付してください。