

丹波篠山市介護予防・生活支援サービス事業対象者認定申請書

年 月 日

丹波篠山市長 様

介護予防・生活支援サービス事業対象者についての認定を受けたいので、丹波篠山市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第6条第2項の規定により、次のとおり申請します。  
 ただし、本申請と同時に介護保険制度の要介護認定又は要支援認定の申請をしている場合において、要介護又は要支援の認定が決定したときは、本申請を取り下げるものとします。

|  |                   |      |                                |  |  |  |  |     |  |          |  |  |      |                                 |    |       |
|--|-------------------|------|--------------------------------|--|--|--|--|-----|--|----------|--|--|------|---------------------------------|----|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者   | 被保険者番号            |      |                                |  |  |  |  |     |  |          |  |  |      |                                 | 性別 | 男 ・ 女 |
|  | フリガナ              |      |                                |  |  |  |  |     |  |          |  |  | 生年月日 | 明・大・昭<br>年 月 日                  |    |       |
|  | 氏 名               |      |                                |  |  |  |  |     |  |          |  |  |      |                                 |    |       |
|  | 住 所               | 〒    |                                |  |  |  |  |     |  |          |  |  | 電話番号 |                                 |    |       |
|  | 前回の認定等<br>(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 から 年 月 日                  |    |       |
| 問<br>合<br>わ<br>せ<br>先  | フリガナ              |      |                                |  |  |  |  | 続 柄 |  | 電話<br>番号 |  |  |      |                                 |    |       |
|  | 氏 名               |      |                                |  |  |  |  |     |  |          |  |  |      |                                 |    |       |
|  | 住 所               |      |                                |  |  |  |  |     |  |          |  |  |      |                                 |    |       |
| 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に必要があるときは、総合事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容や利用者負担割合を丹波篠山市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、総合事業サービス事業者に提示することに同意します。 |                   |      |                                |  |  |  |  |     |  |          |  |  |      | 年 月 日<br>本人氏名 ㊟<br>(※自書の場合、印不要) |    |       |

添付文書 基本チェックリスト

|                   |  |         |    |           |         |
|-------------------|--|---------|----|-----------|---------|
| <事務処理欄>           |  |         |    | 申請受付日     |         |
|                   |  |         |    |           |         |
| 受付場所              |  | 被保険者証回収 |    | 介護保険同時申請中 |         |
| 本庁・( )部地域包括支援センター |  | 回収      | 紛失 | 未回収       | あり ・ なし |
| システム入力日           |  | 備考      |    |           |         |
|                   |  |         |    |           |         |