様式第１号（第７条第１項関係）

弘前市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

年　　　月　　　日

弘前市長　様

弘前市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第７条の規定により、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、決定に当たり必要となる収入等の状況について、官公署等に調査確認されることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（対象者） | | 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | | | 明・大・昭  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性　別 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　　-  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

緊急連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 続　柄 |  |
| 住　所 | 〒　　　　-  電話番号 | | |

希望サービス

|  |
| --- |
| 訪問型：□訪問介護相当サービス（要支援からの移行者に限る）  □生活支援サービス　　　　□地域型ヘルパーサービス  通所型：□通所介護相当サービス（要支援からの移行者に限る）  □生きがい型デイサービス　□地域型デイサービス　□通所型サービスＣ |

備考

|  |
| --- |
|  |

＜市担当課使用欄＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請種類 | * 新規 * 基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄの有効期間の更新 * 要支援から移行 | | | 基本ﾁｪｯｸﾘｽﾄ | | 該当　・　非該当 | | |
| 有効期間 | | ～ |
| 担当包括 | | □第一 □第二 □第三 □東部 □西部 □南部 □北部 | | |
| 依頼開始日 | |  |
| 決裁欄 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | | 合　議 | | 係 | 備考 |
|  |  |  | |  | |  |