様式第3号(第11条関係)

**介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 阿蘇市長　様 | 申請年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 申請者氏名(自署) |  |
|  | 被保険者との関係 |
| 申請者住所 | 〒 | 電話番号 |
|  |
| 提出代行者 |  |

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要。

次のとおり利用したいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏名 |  | 　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 |
|  |
| 認定区分 | □　要支援1　　□　要支援2　　□　事業対象者 |
| 利用を希望する事業 | 種類 | 事業の種類等 |
| 訪問型サービス(第1号訪問事業) | □　訪問型サービスＡ①□　訪問型サービスＡ②□　訪問型サービスＢ□　訪問型サービスＣ□　訪問型サービスＤ□　旧介護予防訪問介護相当サービス |
| 通所型サービス(第1号通所事業) | □　通所型サービスＡ□　通所型サービスＢ□　通所型サービスＣ□　旧介護予防通所介護相当サービス |
| 利用希望事業所 |  |
| 利用希望開始日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 送迎の有無 | □　有　　□　無 |
|  |
| 　介護予防・日常生活支援総合事業を利用するに当たり、被保険者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該事業の関係人に必要な範囲で提示することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　氏名　　　　　　　　　　 |

(添付書類)　利用者基本情報及びアセスメントの写し、介護予防ケアマネジメント計画書又は介護予防サービス・支援計画書の写し、基本チェックリストの写し