

介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

邑智郡総合事務組合管理者 様

邑智郡総合事務組合介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第5条第2項の既定により、次のとおり申請します。

ただし、本申請と同時に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 保 険 者	被保険者番号		申請年月日	令和 年 月 日	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名		性 別	男・女	
	住 所	〒 電話番号			
	前回の 認定等 (該当者のみ)	状態区分 要支援1・要支援2・その他() 有効期間 年 月 日から 年 月 日			

提出代行者 名 称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者）
住 所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

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、基本チェックリストの内容、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録及び利用者負担割合を、居宅介護支援事業者、総合事業の指定事業者、主治医、その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

併せて、計画の作成等において必要な場合には、主治医に対して既往歴やサービス利用の可否等、医学的所見の照会を行なうことに同意します。

本人氏名