様式第２号（第12条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

御船町長 様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

（署名又は記名押印）

御船町介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

　御船町介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　歳） |
| 住所 |  | 性別 | 男・女 |
| 行政区 |  | 電話 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  | 電話 |  |
| 同居家族 | 同居家族なし・同居家族あり（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現病歴・既往歴 | 時期 | 病名 | 医療機関名 |
|  |  |  |
| 希望する事業に○をつけてください |
| １．訪問型サービス①指定事業所訪問型サービス（　　　　　　　　）　②生活たすくるサービス事業２．通所型サービス①指定事業所通所型サービス（　　　　　　　　）　②元気が出る学校③いきいきトレーニング教室（　　　　　　　　）３．一般介護予防事業　　①元気クラブ（　　　　　　　地区）　②水越ホタルの学校　③人生百歳クラブ　　④その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用開始予定日 |  |
| 送迎の有無 | １必要　　　２不要 |
| 備　　　考 | 要介護度：認定なし・事業対象者・要支援( 　)・要介護(　 )担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ※：　　　　　　　　　※担当がなければ空欄で可 |

なお、申請にあたり、下記のことについて誓約します。

私は、御船町介護予防・日常生活支援総合事業に、自らの意志で参加します。また、個人に関する情報を、ケアマネジメント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を了承します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 添付書類 | １の事業利用者 | □基本情報　□基本チェックリスト　□介護予防サービス・支援計画書□同居家族がいる場合は、同居家族がいる場合の生活援助算定確認シート |
| ２の事業利用者 | □基本情報　□基本チェックリスト　□介護予防サービス・支援計画書 |
| ３の事業利用者 | 本紙のみ |

※２-②・③の事業について、要介護認定を持ち、介護保険サービス利用している方は利用不可です。

※３の事業について、要介護認定を持っている方の利用は町へ要相談となります。