

総合事業対象者判定申請書

平川市長 様

申請者 住 所  
氏 名

事業対象者であることの判定を受けたいので、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、介護予防ケアマネジメントを実施するために必要があるときは、基本チェックリスト及びこの事業で得られた個人に関する情報を関係機関へ提供することに同意します。

		個人番号											
		被保険者番号											
対 象 者	フリガナ						生年	年 月 日					
	氏 名						月日	( 歳)					
	住 所	平川市					電話						
緊 急 連絡先	氏名						続柄						
	住所						電話						
希望サービス		<input type="checkbox"/> 訪問型従前相当サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービス・活動A <input type="checkbox"/> 訪問型サービス・活動B <input type="checkbox"/> 通所型サービス・活動C					<input type="checkbox"/> 通所型従前相当サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス・活動A <input type="checkbox"/> 通所型サービス・活動B <input type="checkbox"/> その他の生活支援サービス						