

様式第1号（第5条関係）

砥部町介護予防・生活支援サービス事業対象者認定申請書

年 月 日

砥部町長 様

私は、砥部町介護予防・生活支援サービス事業を利用したいので申請します。

砥部町が、介護予防・生活支援サービス事業対象者認定申請書の審査を行うに当たり、申請者、配偶者及び同居者の状況を住民基本台帳により、申請者の要介護状態区分を介護保険受給者管理台帳により確認することについて同意します。

また、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、申請書及び基本チェックリスト並びに決定通知書の写しについて、砥部町から砥部町地域包括支援センターに提示することに同意します。

申 請 者	被保険者番号					性 別	男 ・ 女
	フリガナ						
	氏 名					生年月日	年 月 日
	住 所						
	電話番号	( ) -					
	前 回 の 介 護 保 険 認 定 情 報	状態区分	要支援1・要支援2・その他 ( )				
		有効期間	年 月 日 ~		年 月 日		
希望する サービス	1. 訪問型サービス      2. 通所型サービス						
連 絡 先	フリガナ					続 柄	
	氏 名						
	住 所						
	電話番号	( ) -					

※添付書類

- 介護保険被保険者証
- 基本チェックリスト