

有田川町介護予防・日常生活支援総合事業事業対象者確認申請書

(あて先)有田川町長

介護予防・日常生活支援総合事業の事業対象者についての確認を受けたいので、有田川町**介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第5条第2項**の規定により、次のとおり申請します。

ただし、本申請と同時に介護保険法の規定による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	年	月	日	
	フリガナ					生年月日	昭和	年	月	日
	氏 名									
	住 所	〒 -				性 別	男 ・ 女			
	住 所					電話番号				
問 い 合 わ せ 先	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	令和	年	月	日から令和	年	月	日	
	フリガナ					本人との 関係				
氏 名										
住 所	〒				電話番号					
介護予防・日常生活支援総合事業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、総合事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容、利用者負担割合を有田川町から有田川町地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に提供することに同意します。 年 月 日 本人氏名										

<事務処理欄>				申請受付日	
受付者氏名	被保険者証	認定同時申請中	システム入力日		
	有 ・ 無	有 ・ 無			
備 考					