

介護予防・日常生活支援総合事業 対象者認定申請書

宇治市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0000	個人番号	
	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		
	申請区分	新規 ・ 更新 ・ 移行		
	前回の要支援認定等の結果	事業対象者 ・ 要支援 1 2 ・ 要介護		
	*更新・移行の場合のみ記入	(前回有効期間) 年 月 日 から 年 月 日		
	希望するサービス	<input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 未定		
担当の地域包括支援センター	東宇治北 ・ 東宇治南 ・ 中宇治 ・ 北宇治 ・ 西宇治 ・ 南宇治			

*介護予防・日常生活支援総合事業の利用にあたって、お住まいの地域を担当する地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行い、サービス利用のための計画作成にあたります。その際に、ご本人様の氏名、住所、生年月日等の基本情報のほか、基本チェックリストの実施結果、聞き取り票の情報及び認定結果が必要となります。

以上の趣旨について了解し、私の「住所、氏名、性別、生年月日、連絡先」等の基本情報、基本チェックリストの結果、聞き取り票の内容及び認定結果について、担当地域包括支援センターに提供することに同意します。

本申請については、下記の提出者に委任します。

被保険者氏名(自筆)

提出者

氏 名	本人との続柄
住 所	〒 電話番号

【以下、市確認欄】

番号	身元	代理権
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 被保険者証(割・限) 介護・後期・国保 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()

基本チェックリスト添付	判定結果	特記事項	課長	係長	担当
基本チェックリスト実施日 年 月 日	該当 ・ 非該当				