

第1号様式

開成町介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

開成町長 様

次のとおり申請します。

事業利用申請の決定事務に当たり、申請者、配偶者及び同居者の状況、対象者の要介護状態区分等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。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開成町から地域包括支援センターに提示することに同意します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者氏名		性別	男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		

次のとおり決定してよいでしょうか。

決定区分	<input type="checkbox"/> 決定する <input type="checkbox"/> 決定しない（理由 ）					
起 案	・ ・	決 裁 欄	部 長	課 長	回 議	担当主任
決 裁	・ ・					
処 理	・ ・					
						公印使用