

第1号様式（第4条関係）

年 月 日

平群町長 様

平群町介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての確認を受けたいので、平群町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第4条第2項の規定により、次のとおり申請します。

申請者（被保険者）	被保険者番号																	生年月日	年	月	日					
	フリガナ																									
	氏名															性別	男 ・ 女									
																電話番号	()									
	住所	〒																								
前回の認定等 (該当者のみ)	状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 総合事業対象者 ・ その他 ()																								
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで																								
問合せ先	フリガナ															本人との関係										
	氏名																電話番号	()								
	住所	〒																								
介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）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及び利用者負担割合を平群町から平群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示することと同意します。 年 月 日 本人氏名																										

添付文書 基本チェックリスト、事業対象者用状況連絡票

＜事務処理欄＞

受付場所	介護認定同時申請中	申請受付日
平群町 ・ 地域包括支援センター	あり ・ なし	