

## 輪島市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

(宛先)輪島市長

介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、輪島市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申 請 者 (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	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 輪島市		
		電話番号		

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など、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、私の住所、氏名、性別、生年月日、電話番号などの情報や基本チェックリストの結果及びアセスメントシートなどの個人に関する記録及び利用者負担割合を、居宅介護事業者、総合事業の指定事業者、主治医、その他総合事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

本人氏名  
(署名)

---

申請者に代わって提出される場合は、こちらにも記入してください

提出代行者	※該当するものを○で囲んでください。		
	地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業者 ・ その他 ( )		
	事業所名	代行者氏名	
		電話番号	

添付文書	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本チェックリスト (事業該当者のみ)</li> <li>・ 介護 (予防) サービス計画 (ケアプラン)</li> </ul>
------	---

(市確認欄)

- (対象者区分)     要支援認定者 (要支援 )     事業 (基本チェックリスト) 該当者
- (利用サービス名)  訪問介護相当サービス     訪問型サービスC (訪問リハビリ等)
- 通所介護相当サービス (事業所名: )
- 通所型サービスA (  元気デイ ・  アクティビティ教室 )
- 通所型サービスC (筋トレ)
- (事業所名: )