様式１

　　年　　月　　日

和水町長　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

和水町介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

和水町介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  | 生年月日 | 年　月　日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 |  | 行政区 |  | 電話 |  |
| 連絡先 | 氏名 |  | 続　柄 |  |
| 住所 |  | 電　話 | (携帯) |
| 主 治 医 | 電話 |
| 主な疾患 |  |
| 希望する事業に〇をつけてください |
| 1. 訪問型サービス

(1)訪問介護サービス(現行相当)　　　(2)訪問型サービスＡ1. 通所型サービス

(1)通所介護サービス(現行相当)　　　(2)通所型サービスＡ　　　(3) 通所型サービスＢ |
| 送迎の有無 | 1必要　　　　　　　2不要 |
| 備考（申請に至った理由等） |  |

なお、申請にあたり、下記のことについて誓約します。

1　介護予防・日常生活支援総合事業に、自らの意志で参加することとします。

2　この事業で得られた個人に関する情報を統計処理することに同意します。

3　この事業で得られた個人に関する情報を、ケアマネジメント事業や事業実施の際に活用する観点から関係機関へ提供することを了承します。