

介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

足利市長 あて

足利市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第5条の規定により、基本チェックリストを添付し、次のとおり申請します。

*** この申請書は、介護予防・生活支援サービス事業のみ利用される方の申請書です。介護給付のサービス（短期入所、福祉用具レンタル等）を利用される方は要介護・要支援認定の申請になります。**

被保険者番号		申請区分		新規・更新		
個人番号		申請日		令和 年 月 日		
被 保 険 者	フリガナ	性別		男・女		
	氏名	生年月日		明・大・昭 年 月 日 (歳) <small>65歳以上の方に限る</small>		
	住所	☎				
	備考 <small>*必ず記入してください</small>	家族状況 : 独居・家族あり 日中の連絡先 : 自宅・その他 () 通知送付先 : 自宅・その他 () 利用予定のサービス : 訪問型サービス・通所型サービス				
	施設等への入所 状況	施設等の 名称・所在地	☎			
期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				

介護保険要介護認定申請中で、本申請後に要介護認定等が決定したときには、この申請を取り下げるものとします。

提 出 代 行 者	名称	該当にするものに○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者）			
	所在地	〒 ☎			

*** 次の欄は、要介護認定等を受けている方または介護予防・生活支援サービス事業を更新申請される方のみご記入ください。**

前 回 の 申 請 結 果	要介護区分等	事業対象者・要支援1・要支援2・要介護			
	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

介護予防ケアマネジメントを実施するために本人の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリストを足利市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス提供事業者及び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、また、申請にあたり足利市が介護保険料の支払い状況等の調査を行うことに同意します。

被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄等 _____)

市 記 入 欄	受付者	予防ケアマネジメント	認定申請中	入力者	入力日	事業対象者	確認
		同日届出・提出済・無	有・無			該当・非該当	有・無
サ ー ビ ス 確 認	福祉用具レンタル、通所リハビリ、訪問看護、ショートステイ、住宅改修予定					証交付 被・負・無	

