

令和 年 月 日

津市長 あて

津市介護予防・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、次のとおり申請します。

申請者	被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	フリガナ			
	被保険者氏名		性別	男 ・ 女
			電話番号	()
	住所	郵便番号		
	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		
希望するサービス	訪問型サービス ・ 通所型サービス ・ その他 ()			
問合せ先	フリガナ		本人との関係	
	氏名		電話番号	()
	住所	郵便番号		
	チェックリスト実施について	<input type="checkbox"/> 本人に代わり、チェックリストについて下記の者が実施しました。 実施者：問合せ先と同一 ・ その他(氏名 続柄：) ※□に✓をし、いずれかに○をつけてください。本人が実施した場合には記入不要です。		
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を津市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。 <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名（必ず記入）</p> <p style="text-align: center;">代筆者氏名（代筆の場合のみ記入）</p>				

※介護保険被保険者証（ピンク色）を添えて提出してください。

※ 処理欄	受付	処理日
	包括本人等受付	包括資料送付