

様式第 1 号 (第 5 条関係)

坂井市地域介護予防活動 (通所) 事業利用申請書 (新規・継続・再登録)

利用者	住 所	坂井市		
	フリ ガナ 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	電話番号			
希望する活動名称 (サロン名)				
介護認定状況 (該当を“○”で囲む)		未申請	基本チェックリスト該当	要支援 1・2
緊急連絡先		氏名	続柄	(電話)
		氏名	続柄	(電話)
持 病		無・有 (病名:)		
既 往 歴				
服薬内容		無・有		
主 治 医				
利用開始予定日		年 月 日		

上記のとおり坂井市地域介護予防活動 (通所) 事業を申し込みます。

また、今回把握した個人情報、本事業の実施に必要な範囲で関係者に提示することに同意します。

年 月 日

坂井市長 様

利用者 住所 _____
氏名 _____

【確認欄】 確認日 年 月 日

他サービス利用状況	有 ・ 無	確認内容
利用サービス名		
担当ケアマネジャー		
ケアプランの有無	有 ・ 無	

被保険者番号	
要支援有効期間または サービス事業認定日	
承認 ・ 却下	