

様式第1号（第4条関係）

山陽小野田市介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定申請書

年 月 日

山陽小野田市長 あて

申請者 住所

氏名 (続柄)

電話番号

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての認定を受けたいので、次のとおり申請します。

ただし、本申請と同時に介護保険制度の要介護認定又は要支援認定の申請をしている場合において、要介護又は要支援の認定が決定したときは、本申請を取り下げるものとします。

チェックリスト実施日		年 月 日										
被 保 険 者	被 保 険 者 番 号						個 人 番 号					
	フリカナ						生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日				
	氏 名						性 別	男 ・ 女				
	住所・電話番号	〒 電話 -										
緊 急 連 絡 先	氏 名	被保険者との続柄()										
	住 所	〒										
	電 話 番 号	* 日中連絡がとれる電話番号										
<p>決定に当たり必要となる収入等の状況について、市に調査確認されること及び、介護予防ケアマネジメントを作成するために必要があるときは、要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、サービス事業者に提示することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">本人氏名</p>												

添付文書 基本チェックリスト

受 付	<input type="checkbox"/> 本庁	受付日	受付者	処理日	処理者
	<input type="checkbox"/> 山陽総合事務所	/		/	
	<input type="checkbox"/> ()支所				

受 付 印

本 人 確認欄	1点確認	個・住・免・旅・特・その他()
	2点確認	健・介・後・年・生・その他()