

様式第4号（第4条、第9条関係）

鶴岡市介護予防・生活支援サービス利用（終了）申込書

年 月 日

鶴岡市長様

介護予防・日常生活支援総合事業を利用（終了）したいので下記のとおり申込みます。

記

フリガナ 氏名		生年月日	大 昭 年 月 日
住所	鶴岡市	電話	
緊急時の 連絡先	氏名	利用者との 関係	
	住所	電話	
かかりつけ 医療機関		診療科 医師名	
サービス名 ※終了の場合 は理由	住民主体サービス（訪問型サービスB・通所型サービスB） 短期集中予防サービス（訪問型サービスC・通所型サービスC）		

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。

以下、地域包括ケア推進課担当者記入欄（申込者は記入しないでください）

事業対象者							要支援認定	
生活	運動	栄養	口腔	外出	認知	うつ	要支援1	要支援2
点	点	点	点	点	点	点		