

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		