様式第４号(第４条、第９条関係)

記入例

鶴岡市介護予防・生活支援サービス利用~~(終了)~~申込書

令和3年 5 月 25 日

事業対象者（認定）決定以降、サービス利用前であればＯＫ

鶴 岡 市 長 様

あてはまるものどちらかを○

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。

原則、本人（家族）自筆です

記

フリガナ 氏　　名	ツルオカ　ハナコ 鶴岡　花子	生 年 月 日	大 (昭) 11 年 11 月 11 日
住　　所	鶴岡市 馬場町 9－25	電　　話	25-2111
※緊急時の連絡先	氏名　鶴岡　太郎	※利用者との関係	長男
	住所　鶴岡市羽黒町荒川字前田元 89	※電話	62－2111
※かかりつけ医療機関	あさひ内科医院	※診療科 医　師　名	朝日　櫛夫
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) ※終了の場合は理由 ３か月間利用して、すり足が改善し歩きやすくなったため。		

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。

※終了時は緊急連絡先･かかりつけ医療機関等の記載は不要です。

以下、長寿介護課記入欄(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		
点	点	点	点	点	点	点	要支援１	要支援２