

佐野市長 様

介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

佐野市介護予防・生活支援サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

被保険者番号												個人番号											
被 保 険 者	フリガナ											申請区分	新規・更新										
	氏名											性別	男・女										
												電話	( )										
	住所											年齢	歳 65歳以上の方に限る										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日																		
	備考	家族状況 : 独居・家族あり 日中の連絡先 : 自宅・その他 ( ) 通知送付先 : 自宅・その他 ( ) 利用予定サービス : 訪問型サービス・通所型サービス																					
施設等への 入所状況	施設等の名称																						
	所在地 電話番号		( )																				
		期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日												

介護保険要介護認定申請中で本申請後に要介護認定が決定したときは、この申請を取り下げるものとします。

提 出 代 行 者	名称	該当するものに○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者） <div style="text-align: right;">(印)</div>																	
	所在地 電話番号	〒 - ( )																	
更 新 申 請 の 方 の 前 回 の 申 請 結 果	要介護区分等	事業対象者・要支援1・要支援2・要介護																	
	有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日									

介護予防ケアマネジメントを実施するために本人の状況を把握する必要があるときは、申請書並びに基本チェックリストを佐野市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス提供事業者その他総合事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示すること。また、申請に当たり、佐野市が介護保険料の支払状況等の調査を行うことに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄等 \_\_\_\_\_)

連絡先住所 \_\_\_\_\_ 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_