

飯塚市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

飯塚市長 様

次のとおり申請します。



申請者氏名	申請年月日	年	月	日
	本人との関係			
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____			
提出代行者名称				担 当

利 用 者	被保険者番号	_____
	個人番号	_____
	フリガナ	_____
	氏 名	_____ 男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
	住 所	飯塚市 _____
希望するサービス		<input type="checkbox"/> 訪問型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス
現在の要介護認定の結果等		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当
		<input type="checkbox"/> 要支援状態区分 1 2
		<input type="checkbox"/> 要介護状態区分 1 2 3 4 5
		有効期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
		居宅介護支援事業所 _____
		担当介護支援専門員 _____

介護予防ケアマネジメントを実施するときは、申請書及び基本チェックリストについて、地域包括支援センターに提示することに同意します。

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____

本人との関係 _____

市記入欄	
基本チェックリスト	結果
<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 該当
<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当

飯塚市確認欄

マイナンバー 確認書類	個 通 住 証 コ ネ
----------------	----------------

身元確認 書類	<input type="checkbox"/> 本人(O)	1点 免 障 住 B 個 ケ その他(_____)
	<input type="checkbox"/> 代理人(Δ)	2点 保 年 証 住 A 医 その他(_____)