

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											
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	(歳)					
	住 所	飯塚市										
	電話番号											
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) <input type="checkbox"/> 代理人(△)	1点 免 障 住 B 個 ケ その他() 2点 保 年 証 住 A 医 その他()
----------------	----------------	------------	-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------