様式第1号（第6条関係）

年　　月　　日

大洗町長　様

大洗町介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業対象者であることの確認を受けたいので、大洗町

介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ただし、本申請と同時に介護保険制度の要介護又は要支援認定の申請をしている場合において

要介護又は要支援認定が決定したときは、本申請を取り下げるものとします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年 　月　 日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　-　　　　- | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の認定等  （該当者のみ） | 状態区分　要支援１・要支援２・事業対象者・その他（　　　　　　）  有効期間　　　　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 本人との  関　　係 |  |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 提出代行者 | 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防・日常生活支援総合事業の利用に係る計画の作成等、事業の適切な運営のために必要があるときは、事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容を大洗町から大洗町地域包括支援センター等に提示することに同意します。  年　　月　　日  本人氏名　　　　　　　　　　　　　　印  （代筆）　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　基本チェックリスト