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。

　　なお，確認を受けるにあたりサービス利用料算定のため必要となる収入等の状況について，官公署等に調査確認されることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 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 | 〒 | | | | | | | | | 申請者  電話番号 | |  | |
| 代筆者 | 本人が記入できない場合 | | | | | | | | | 代筆者  電話番号 | |  | |
| 要介護認定  の有無 | 要介護 １・２・３・４・５  要支援 １・２　　　　無 | | | | | | | | | 有効期限 | | 年 　　月　 　日 | |
| 提出代行者 | 事業所名 | 地域包括支援センター，高齢者相談センター，居宅介護支援事業所等 | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | |

添付書類　　基本チェックリスト