

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									男・女	
	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(○) <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()
----------------	----------------	------------	---	--