

年 月 日

蕨市長 あて

蕨市介護予防・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対象者についての確認を受けたいので、蕨市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第4条第4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認定又は要支援認定の申請をしている場合において、要介護又は要支援の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。

申請者 (被保険者)	被保険者番号		生年月日	年 月 日
	フリガナ			年 月 日
	氏名		性別	
			電話番号	()
	住所	郵便番号		
前回の認定等 (該当者のみ)	状態区分 要支援1・要支援2・総合事業対象者・その他 () 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで			
問合せ先	フリガナ		本人との関係	
	氏名			電話番号
	住所	郵便番号		
介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係る計画の作成等、総合事業の適切な運営のために必要があるときは、総合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蕨市から蕨市地域包括支援センターに、利用者負担割合を蕨市から蕨市地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に提示することに同意します。 <p style="text-align: center;">年 月 日 本人氏名 _____</p>				

添付文書 基本チェックリスト

申請受付日

<事務処理欄>

受付場所 (氏 名)	被保険者証回収			介護認定同時申請中
()	回収	紛失	未回収	あり ・ なし
備考	システム入力日			介護保険室受領日
	/			