様式第２号（第７条関係）

つがる市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

年　　月　　日

つがる市長

申請者　　住　所

　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　つがる市介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、次のとおり申請します。

　なお、介護予防ケアマネジメントを実施するために必要があるときは、基本チェックリスト及びこの事業で得られた個人に関する情報を関係機関へ提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳) |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | 電話 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 |  | 電話 |  |
| 希望サービス | □訪問型サービス　 □通所型サービス 　□その他の生活支援サービス |