様式第１号（第６条第１項関係）

弘前市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

年　　月　　日

弘前市長　様

申請者

住　　所

氏　　名

電話番号

弘前市介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、基本チェックリストを添付のうえ、次のとおり申請します。

なお、決定に当たり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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 | 明大　　　年　　月　　日昭 |
| 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 〒　　　　-　　 |

緊急連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 電話番号 |  |
| 続　　柄 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　-　　 |

希望サービス

|  |
| --- |
| 訪問型：□訪問介護相当サービス（更新者に限る）　　□生活支援サービス通所型：□通所介護相当サービス（更新者に限る）□生きがい型デイサービス　　□地域型デイサービス　　□通所型サービスＣ |