

八女市訪問型サービス C 事業利用申請書

年 月 日

八女市長

(申請者) 住 所

氏 名

対象者との続柄

連絡先

八女市訪問型サービス C 事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり利用を申請します。

利 用 者	ふりがな 氏 名	男・女	年 月 日生
	住所		
電 話	自宅	携帯	
認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 (有効期間 年 月 日から 年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 事業対象者 (認定日 年 月 日)		
申請種類	<input type="checkbox"/> タイプ I (通常型) <input type="checkbox"/> タイプ II (通所 C 特化型)		
申請理由	身体状況		
	目 的		
この事業の利用に際し、私に関する個人情報を関係する機関（市・事業実施機関・地域包括支援センター等）で共有することに同意します。 年 月 日 利用者氏名（自署） ※利用者が自署できない場合は記名押印も可			
添付書類	1 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント計画書 2 利用者基本情報 3 基本チェックリスト（写し）		