様式第２号

　年　　月　　日

八　郎　潟　町　長　　様

申請者　住　所

氏　名

八郎潟町介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

八郎潟町介護予防・生活支援サービス事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、下記のことについて誓約します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 | 八郎潟町 | |
| 氏名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　　歳） | |
| 電話番号 |  | |
| 緊急連絡先 | 住　　所：  氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　）  電話番号： | |
| 申請区分 | 新規　　　　・　　　　更新 | |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日 | |

１．この事業で得られた個人に関する情報を統計処理することに同意します。

２．この事業で得られた個人に関する情報を、ケアマネジメント事業や事業実施の際に活用する観点から関係機関へ提供することを了承します。

３．通所型予防サービス事業の実施施設における利用に関する規定を遵守します。

＜事務処理欄＞

基本チェックリストにより事業対象者に（　　　該当する　　　・　　該当しない　　　）