様式第１号（第５条関係）

紀美野町介護予防・日常生活支援総合事業事業対象者確認申請書

紀美野町長　様

介護予防・日常生活支援総合事業の事業対象者についての確認を受けたいので、紀美野町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第５条第２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法の規定による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。

<table>
<tr><td rowspan="6">被保険者</td><td>被保険者番号</td><td colspan="2"></td><td>申請年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>性　別</td><td colspan="2">男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">〒
電話番号　（　）</td></tr>
<tr><td>前回の認定等
(該当者のみ)</td><td colspan="5">状態区分　要支援１ ・ 要支援２ ・ その他（　）
有効期間　年　月　日から　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">問い合わせ先</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">本人との関係</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5">〒
電話番号　（　）</td></tr>
</table>

介護予防・日常生活支援総合事業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、利用者負担割合を紀美野町から紀美野町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供することに同意します。

年　月　日

本人氏名

（代筆者）氏　名　　本人との関係

住　所　　電話番号

＜事務処理欄＞

申請受付日

受付者氏名	被保険者証	認定同時申請中	システム入力日
	有 ・ 無	有 ・ 無	
備　考			