様式第１号（第７条第１項関係）

外ヶ浜町介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

年　　月　　日

外ヶ浜町長　様

申請者

住　　所　外ヶ浜町字

氏　　名

電話番号

外ヶ浜町介護予防・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	〒　　－ 外ヶ浜町字		

緊急連絡先

氏　　名		電話番号	
		続　　柄	
住　　所	〒　　－		

希望サービス

□訪問介護相当サービス □通所介護相当サービス	□通所型サービスＣ □その他（　　）