

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

令和 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	大																	
		性別	昭																	
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

<input type="checkbox"/> 訪問介護相当サービス		<input type="checkbox"/> 通所型サービスC	
<input type="checkbox"/> 通所介護相当サービス		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
配食回数	週	回	月・火・水・木・金・土
配食希望理由			