

山鹿市介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

令和 年 月 日

（宛先）山鹿市長

住所
 <申請者> 氏名 印

山鹿市介護予防・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。
 ※太枠内を記入して下さい。

氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日（ 歳）	電話番号	
把握経路	把握事業・介護保険新規申請・更新（サービス変更）・その他		
被保険者番号			
契約書/同意書	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 契約済（必要時：契約更新にかかる同意書 <input type="checkbox"/> ）		
現在のサービス利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
認定状況	<input type="checkbox"/> あり 〔認定情報を記入〕	認定区分	要支援1 ・ 要支援2
	<input type="checkbox"/> なし 〔事業対象者 該当項目にレ点〕	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
利用を希望する内容	<input type="checkbox"/> 全体 / 20 <input type="checkbox"/> 運動 / 5 <input type="checkbox"/> 栄養 / 2 <input type="checkbox"/> 口腔 / 3		
	<input type="checkbox"/> No.16に該当 <input type="checkbox"/> 認知 / 3 <input type="checkbox"/> うつ / 5		
	利用サービス	詳細（事業所名・曜日等）	
	①訪問介護事業		
	②訪問型運動機能評価事業		
	③訪問看護事業		
	④通所介護事業		
	⑤運動型通所事業		送迎（有・無）
⑥介護予防拠点等通所事業		送迎（有・無）	
⑦家事支援事業	調理・掃除		
⑧生活支援サポート事業			
利用希望開始日	令和 年 月 ～		
担当記入欄 （本人の特徴等）	担当者氏名		
山鹿市記入欄	受付（決定）年月日	上記の申請については、 次のとおり決定する。 承認する・承認しない ※承認しない場合の理由	【決定内容】
			担当者 印