様式第１号（第６条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

年　　月　　日

湯河原町長　様

住　　所

氏　　名

申請者

電話番号

続　　柄

　介護予防・日常生活支援総合事業に係る事業対象者であることの確認を受けたい

ので、湯河原町介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第６条第１項の規定によ

り、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 被保険者氏名 |  |
| 性別 | 男　・ 女 |
| 被保険者住所 | 〒　電話番号　　（　　） |
| 現在の認定等（該当者のみ） | 　□要支援１状態区分　　□要支援２□その他（　　　　 ） |
| 有効期間　　　　年月日～　年月日 |
| 提出代行者 | 〒　電話番号　　（　　） |
| 　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など当該事業の適切な運営のために必要があるときは、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や利用者負担割合を湯河原町から地域包括支援センター、指定事業者等の関係者に提示することに同意します。　本人氏名　　　　　　　　　　　（代筆者氏名　　　　　　　　　　） |

　（添付書類）　基本チェックリスト