

年 月 日

府 中 市 長

## 府中市介護予防・日常生活支援総合事業対象者確認申請書

介護予防・日常生活支援総合事業対象者についての確認を受けたいので、次のとおり申請します。

ただし、本申請と同時に介護保険の要介護・要支援認定の申請をしている場合、要介護または要支援の認定が決定した時点で、本申請は取り下げるものとします。

申請者 (被保険者)	被保険者 番号	0 0 0 0	生年月日	明治・大正・昭和
	フリガナ			年 月 日
	氏名		性別	男・女
			電話番号	( )
	住所	〒 -		
前回の 認定等 (該当者のみ)	状態区分 要支援1・要支援2・総合事業対象者・その他( ) 有効期限 年 月 日 から 年 月 日 まで			
問合せ 先	フリガナ		本人との 関係	
	氏名			電話番号
	住所	〒 -		
介護予防・日常生活支援総合事業（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、基本チェックリストの記載内容を府中市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所居宅サービス事業者に提示することに同意します。				
本人氏名 _____				