鳥取市短期集中予防サービス利用申請書

年　　　月　　　日

鳥取市長　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 |  |
|  | 氏　　名 | （自署の場合は押印不要） |

　鳥取市短期集中予防サービスの利用を次のとおり申し込みます。

　なお、申請にあたり、下記のことについて誓約します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 介護保険  被保険者番号 | | | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | 年　齢 | 歳 | | | | | | 性　別 | | | | | 男 ・ 女 | | | |
| 住所 | 〒  鳥取市 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | 要介護状態区分 | | | | 要支援１・要支援２・事業対象者 | | | | | | | | | | | | |
| 利用する  サービス | □ 訪問型　□ 通所型　□ 両方 | 開始希望月 | | | 年　　　　月から | | | | | | | | | | | | | |
| 送迎の希望 | 希望する ・ 希望しない | 治療中の病気 | | | 無 ・ 有（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏　　名 | 続　　柄 | | | 電　　話　　番　　号 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |

～▼～▽～▼～▽～▼～▽～▼～▽～▼　誓　約　事　項　▽～▼～▽～▼～▽～▼～▽～▼～▽～

　１　本サービスの利用において、私個人が提供した私個人に関する情報について、地域包括支援センター、サービス提供事業者等、関係機関に提供することを了承します。

　２　本事業において、私個人が提供した私個人に関する情報を統計処理することに同意します。

　３　１月のうち４回以上の参加がない（見込まれない）場合には、利用を中止することに同意します。

　４　自らサービス提供事業所へ通う際、行き帰りの道中の事故には一切の責任を問いません。

　５　本サービスの趣旨を理解し、介護サービスが必要な状態からの回復を目指し、自らの意思で事業を利用することとします。