

別記様式

年 月 日

(あて先) 八戸市長

住 所
申請者
氏 名

八戸市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

八戸市介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、次のとおり申請します。

被保険者番号			
住 所			
氏 名			男 ・ 女
生 年 月 日	年	月	日 (歳)
電 話 番 号			
緊急連絡先	住 所： 氏 名： 電話番号：	続柄：	
利用希望事業	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問介護相当サービス <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護相当サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービスA		

なお、申請にあたっては、次の事項について誓約します。

1. 私は、八戸市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定める遵守事項を理解し、これに従い、自らの意思で事業を利用することとします。
2. この事業で得られた個人に関する情報を統計処理することに同意します。
3. この事業で得られた個人に関する情報を、介護予防ケアマネジメントの実施等に活用する観点から、関係機関へ提供することを了承します。
4. 通所型サービスの実施施設における利用に関する規定を遵守します。