

様式第1号（第12条関係）

むつ市通所型サービスC利用申請書

年 月 日

む つ 市 長 様

申請者 住 所
氏 名

むつ市通所型サービスCの事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、むつ市通所型サービスCの事業を実施するために必要があるときは、基本チェックリスト及びこの事業で得られた個人に関する情報を関係機関へ提供することに同意します。

		被保険者番号											
利 用 者	ふりがな					生年月日	年 月 日 (歳)						
	氏 名												
	住 所	むつ市				電話							
緊 急 時 連 絡 先	氏 名					続柄							
	住 所					電話							
利用開始希望日		年 月 日 (曜日) ~											
希望する事業所													
申 請 理 由													

確認欄

- 要支援者 : (要支援1 ・ 要支援2)
 事業対象者 基本チェックリスト: 運動器5項目のうち3項目以上該当
その他20項目のうち10項目以上該当
- 通所介護事業者の従事者によるサービスの利用: 有 無
- 予防給付のうち、通所リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護のサービスの利用
: 有 無