

第 1 号様式（第 6 条関係）

年 月 日

中 井 町 長 殿

住 所
届出者 氏 名
電話番号
利用者との続柄

中井町介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

中井町介護予防・日常生活総合事業を次のとおり利用したいので申請します。
なお、申請にあたり、下記のことについて誓約します。

住 所	中井町		電 話	
フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日 () 歳	
		性 別	男 ・ 女	
緊 急 連絡先	氏名		電 話 (携帯)	
	住所		続 柄	
希 望 サービス	<input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> 訪問型サービス			

- 1 私は、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、統計処理することを了承します。
- 3 この事業で得られた個人に関する情報を、ケアマネジメント事業や、事業実施の際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 通所型予防サービス事業の実施施設における利用に関する規定を遵守いたします。