様式2

年　　月　　日

敦賀市長　あて

敦賀市介護予防・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、生活機能チェックリストを添付のうえ、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者（被保険者）</td><td>被保険者番号</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td>明・大・昭
年　月　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td>明・大・昭
年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏　名</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>性　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td>（　）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>前回の認定等
（該当者のみ）</td><td colspan="4">状態区分　要支援１・要支援２・総合事業対象者・その他（　　）
有効期間　　年　月　日から　　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td rowspan="4">緊急連絡先</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">本人との関係</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏　名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td>（　）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td colspan="6">介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係る計画の作成等、総合事業の適切な運営の為に必要があるときは、総合事業対象者の確認に係る生活機能チェックリストの記載内容及びこの事業で得られた個人に関する情報を敦賀市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に提示することに同意します。
年　月　日
本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">決定区分</td><td rowspan="2">□該当
□非該当（理由　　）</td><td>申請受付日</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>ＣＬ入力</td><td></td><td>決　裁</td></tr>
<tr><td>結果通知</td><td></td><td></td></tr>
</table>