様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

（宛先）秋田市長

秋田市サービス・活動事業対象者確認申請書

　サービス・活動事業対象者についての確認を受けたいので、秋田市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり申請します。

　ただし、要介護又は要支援の認定が決定したときは、本申請を取り下げるものとします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者　（　被　保　険　者　） | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 性別 | 男　・　女 |
| 電話番号 | （　　　　） |
| 住所 | 郵便番号 |
| 前回の認定等（該当者のみ） | 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 |
| 申請区分 | ○　認定非該当者○　特例確認対象者 |
| 問　合　せ　先 | フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | （　　　　） |
| 住所 | 郵便番号 |
| 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ために必要があるときは、総合事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容を秋田市から地域包括支援センターへ提示することに同意します。　　年　　月　　日本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付文書　基本チェックリスト＜事務処理欄＞ | 申請受付日 |
|  |
| 受付場所（氏　名） | 被保険者証回収 | 介護認定同時申請日 |
| 　　　　（　　　　　　） | 回収 | 紛失 | 未回収 |  |
| 備考 |  | システム入力日 | 長寿福祉課受領日 |
| 　　／　　 |  |