

年 月 日

新見市長様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (押印不要)

新見市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

新見市介護予防・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。  
 なお、申請にあたり、下記のことについて誓約します。

記

被保険者番号		区 分	
住 所	新見市		
氏 名		性 別	
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 )		
電 話 番 号			
緊急連絡先	住 所： 氏 名： 続柄 ( ) 電話番号：		
利用事業名	1 訪問型サービス ( ) 事業 2 通所型サービス ( ) 事業		

- 私は、新見市介護予防・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。
- 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。
- 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。
- 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程を遵守します。