様式第２号(第12条関係)

　年　月　日

行　方　市　長　　様

申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　印

行方市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

行方市介護予防・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，申請に当たり，下記のことについて誓約します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 行方市 |
| 氏名 |  | 男　・　女 |
| 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： |
| 個別事業名 | １　予防サービス　　（　　　　　　　）事業２　その他のサービス（　　　　　　　）事業 |

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，自らの意志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に同意します。

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順守します。