

うるま市介護予防・日常生活支援総合事業

訪問型サービスC（短期集中予防サービス）利用申請書

うるま市長 様

令和 年 月 日

申請者 氏名：

利用対象者との続柄：

私は、うるま市介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービスC（短期集中予防サービス）の利用を希望しますので、次のとおり申請します。なお、下記の事項について同意します。

利用希望者	ふりがな		被保険者番号	
	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 （ 歳）		
	住所			
	☎電話番号			
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所			
	☎電話番号			

1. この事業で得られた個人に関する情報を事業実施に必要な範囲で、関係する機関に情報を共有することに同意します。
2. この事業で得られた利用状況等の個人データを事業の評価及び分析のための資料として、統計的に利用することに同意します。