介護予防・日常生活支援総合事業利用受付・申請書　（新規・更新）

うるま市長　様　　次のとおり申請いたします。

対象者	（被保険者番号）			申請年月日 年　月　日
	個人番号			
	フリガナ		生年月日	年　月　日（　歳）
	氏　名		性別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		
	緊急連絡先	氏　名： 住　所	続柄： 電話番号：	
	本人の状況	□ ひとり暮らし　□ 夫婦のみ　□ 同居　□ その他（　） □ 入院中（　）　□施設利用中（　）		
	希望サービス	□ 訪問型サービス　： □ 通所型サービス　： □ そ　の　他　：		
	前回の認定の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5 要支援状態区分　1　2 事業対象者		
		有効期間　年　月　日 ～　年　月　日		
		担当事業所名　：　担当介護支援専門員　：		

【基本チェックリスト結果】

A	B	C	D	E	F	G
生活機能	運動機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	物忘れ	こころ

介護予防・日常生活支援総合事業で活用するため、総合事業利用受付・申請書、基本チェックリストを地域包括支援センター等へ提供することに同意します。

受付日＿＿＿＿＿＿＿＿　代理者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿