

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： 印

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。