令和　　年　　月　　日

　宝塚市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

対象者との続柄

宝塚市訪問型サービスＣ事業利用申請書

　宝塚市訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス）の利用を希望しますので、次のとおり利用を申請します。なお、申請にあたり、下記の事項について誓約します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな |  | 被保険者番号 |  |
| 氏　名 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 大正　・　昭和　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 住　所 | 〒宝塚市 |
| 要介護支援状態 | 要支援１　・　要支援２ |
| 確認事項 | □　過去に本事業を利用したことはありません。□　申込時点で介護保険や医療保険のリハビリを受けていません。 |
| 緊急連絡先 | 氏　名 |  | 続　柄 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 訪問型サービスＣ利用にかかる介護予防マネジメント目標 |
| ① |  |
| ② |  |
| ③ |  |

　**＜誓約事項＞**

・本サービスの利用において提供した私個人に関する情報について、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。

　・この事業において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。