第２号様式（第14条関係）

焼津市介護予防・日常生活支援総合事業利用届出書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日  （年齢） | | 年　　月　　日  （　　　　歳） |
| 氏　　名 |  | | |
| 電話番号 | |  |
| 住　　所 | 〒 | | |
| 焼津市 | | | 被保険者番号 | |  |
| 該当区分 | 要支援２　・　要支援１　・　事業対象者 | | | | | |
| 認定期間又は  基本チェックリスト実施日 | | |  | | | |
| （宛先）焼津市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  下記のとおり利用するので届け出ます。 | | | | | | |
| 事業名  （該当部分にレ点） | | □訪問型サービス・活動Ａ　□通所型サービス・活動Ａ  □訪問型サービス・活動Ｃ　□通所型サービス・活動Ｃ | | | | |
| 利用内容  （該当部分にレ点） | | （サービス・活動Ａ）　□週１回程度　□週２回程度  （サービス・活動Ｃ）　□運動器　□栄養　□口腔　□複合  （事業の利用予定日）  □月曜　□火曜　□水曜　□木曜　□金曜　□土曜　□日曜 | | | | |
| サービス提供事業者 | |  | | | | |
| 事業利用予定期間 | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日  ※サービス・活動Ａの場合、介護予防ケアマネジメントに基づく期間 | | | | |
| 備　　考 | |  | | | | |
| ケアマネジメント  担　当　者 | | 事業所 | | | | |
| 氏名 | | | 電話番号 | |

（注意）　この届出書は、委託事業を利用する場合、速やかに焼津市へ提出してください。