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

<table>
<tr><td>フリガナ
氏　　名</td><td></td><td rowspan="2">生年月日
（年齢）</td><td rowspan="2">年　月　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住　　所</td><td rowspan="2">〒
焼津市</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>被保険者
番号</td><td></td></tr>
<tr><td>該当区分</td><td colspan="3">要支援２　・　要支援１　・　事業対象者</td></tr>
<tr><td colspan="2">認定期間又は
基本チェックリスト実施日</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

（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。

<table>
<tr><td>事　業　名
（該当部分にレ点）</td><td>☐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</td></tr>
<tr><td>利　用　内　容
（該当部分にレ点）</td><td>（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</td></tr>
<tr><td>サービス提供事業者</td><td></td></tr>
<tr><td>事業利用予定期間</td><td>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</td></tr>
<tr><td>備　考</td><td></td></tr>
<tr><td>ケアマネジメント
担　当　者</td><td>事業所
氏名　　電話番号</td></tr>
</table>

（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。