

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 氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住 所	〒 焼津市	電話番号	
		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。