

介護予防・日常生活支援総合事業 事業対象者 申請書

新規・更新

釧路市長 あて

次のとおり申請します。

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0							※基本チェック リスト実施日	令和	年	月	日
	フリガナ											※生年月日	明・大・昭	年	月	日
	※氏名											性別	男・女	年齢	歳	
	住所	〒 ー										電話番号				

※「基本チェックリスト実施日」「氏名」および「生年月日」の記入は必須です。「介護予防・居宅サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を添付している場合、それ以外の項目は省略可能です。

地域包括支援 センター名	西部 中部北 中部南 東部北 東部南 阿寒 音別 地域包括支援センター
	担当者氏名：

※該当する地域包括支援センター名に○をつけ、担当者氏名を記入してください。

介護予防ケアプランの作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、申請書及び基本チェックリストを釧路市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び総合事業実施事業者の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

代筆者

同意の本人氏名、代筆者欄は
手書きでお願いします。

◆添付書類（提出前にご確認ください）

新規申請時	<input type="checkbox"/> 事業対象者申請書 <input type="checkbox"/> 介護予防・居宅サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書 <input type="checkbox"/> 実施した基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
更新申請時	<input type="checkbox"/> 事業対象者申請書 <input type="checkbox"/> 実施した基本チェックリスト <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 ※介護予防・居宅サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書は事業所の変更があった場合のみ提出する

市 記 入 欄	受 付	入 力	照 合	被 保 証 発 行	備 考
------------------	--------	--------	--------	-----------------------	--------