

（宛先）新発田市長

申請者氏名 _____

利用者との続柄（ ）

申請者住所 〒

申請者電話番号

新発田市介護予防・日常生活支援総合事業（サービスC事業）利用申請書

新発田市介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービスC・訪問型サービスC）を利用したいので、下記のとおり申請します。

利用者	氏名	(フリガナ)	(性別)	(生年月日)
			男・女	年 月 日 (歳)
	住所	〒		(電話番号)
利用したいプログラム（該当する番号の横欄に○をつけてください。）				
通所	訪問			
		1	運動器の機能向上プログラム	
		2	栄養改善プログラム	
		3	口腔機能の向上プログラム	
		4	複合型プログラム（運動・栄養・口腔、通所型サービスCのみ）	
		5	閉じこもり予防・支援プログラム（訪問型サービスCのみ）	
		6	認知機能の低下予防・支援プログラム（訪問型サービスCのみ）	
		7	うつ予防・支援プログラム（訪問型サービスCのみ）	
緊 急 連 絡 先				
氏名	(第1連絡先)		(電話番号)	
	(第2連絡先)		(電話番号)	
主 治 医				
主治医氏名	(病院・医院名)		(電話番号)	
	(医師名)			

*添付書類 誓約書

<p>同 意 書</p> <p>私は、介護予防・日常生活支援総合事業（サービスC事業）利用の可否の決定及び実施に当たり、新発田市、関係医療機関、新発田市地域包括支援センター及びプログラム実施事業者の4者間で必要な情報を相互に提供することについて同意します。</p> <p>同意者氏名</p>
