

様式第2号（第8条関係）

川越市介護予防・生活支援サービス事業利用申請書

年 月 日

（提出先）川越市長

申請者 住所

氏名

電話

川越市介護予防・生活支援サービス事業の利用について、次のとおり必要書類を添えて申請します。

また、介護予防ケアマネジメントを実施するために必要があるときは、申請書、基本チェックリスト及び決定通知書の写しについて、川越市から地域包括支援センターに提供することに同意します。

対象者	ふりがな 氏名	〒	性別	男 ・ 女
	住 所	〒	電話	( ) -
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	要介護認定 状況等	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで		
添付 書類	1 介護保険被保険者証 2 基本チェックリスト 3 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書			