

様式第1号（第5条、第10条関係）

壬生町長 様

年 月 日

壬生町介護予防・生活支援サービス利用・終了申請書

壬生町介護予防・生活支援サービスを（利用・終了）したいので、次のとおり申請します。

申請者 (被保険者)	被保険者番号	ふりがな 氏 名
	生年月日 年 月 日	
	住 所 壬生町 電話番号	
<p>(利用申請時の同意文)</p> <p>本申請と同時に介護保険制度の介護認定の申請をしている場合において、要介護の認定が決定したときは、本申請を取り下げることに同意します。</p> <p>また、介護予防・生活支援サービスの利用に係る計画の作成等、当該事業の適切な運営のために必要があるときは、事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容を壬生町から壬生町地域包括支援センターに、利用者負担割合を壬生町から壬生町地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に提示することに同意します。</p> <p>更に、利用申請するにあたり、介護保険料の支払いの状況等の調査をされることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">本人氏名 印</p>		

※ 添付文書 基本チェックリスト

事務処理欄		申請受付日
前回の認定等状態区分(該当者のみ) 要支援1・要支援2・事業対象者・ その他()	介護保険同時申請 あり なし	
処理年月日	包 括 北 ・ 南	