

様式第1号（第9条関係）

年 月 日

高砂市長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

高砂市短期集中予防サービス事業利用申請書

次のとおり高砂市短期集中予防サービス事業の利用を申請します。

なお、利用（利用中を含む。）にあたって関係者が、対象者のかかりつけ医に医療情報の提供を受けることを承諾します。

対象者氏名		性別	男・女
対象者住所			
被保険者認定状況	支援1・支援2・事業対象	生年月日	年 月 日
次のとおり状態を申告します			
ケアマネジャー			
自立に向けた改善の意思	・ある ・ない		
目標を記載したケアプラン	・ある ・ない		
訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションを利用	・していない ・している		
リハビリテーション治療	・治療を終了した ・治療を終了していない ・治療を受けている ・治療を受けていない		
介護予防支援事業者の名称			
介護予防支援事業者の所在地			
指定事業者番号			
介護予防ケアマネジメントの原案作成を居宅介護支援事業者が行った場合			
居宅介護支援事業者の名称			
居宅介護支援事業者の所在地			
指定事業者番号			
利用開始日	年 月 日		

様式第1号（第9条関係）

【介護支援専門員記載欄】

〈主治医〉

住所		TEL	
病（医）院名		科名	
主治医名			

〈総合的状況〉

目的 【短期集中予防サービスを利用することにより日常生活をどう変えたいか】	
申請者の 身体状況	