

松前町介護予防・生活支援サービス利用申請同意書

松前町長 様

| | | | | |
|-------------|--|--|-------|-------------|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | | 記入年月日 | 年 月 日 |
| | フリガナ | | 生年月日 | M・T・S 年 月 日 |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住 所 | 〒 松前町字 電話番号 () | | | |
| 区 分 | 未申請（事業対象者） 非該当 要支援1 要支援2 | | | |
| | 有効期間 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | |

基本チェックリストの実施により、介護予防・生活支援サービスを利用することに同意します。

なお、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、介護予防事業対象者把握にかかる基本チェックリスト及び要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を松前町から地域包括支援センター、介護予防・日常生活総合事業事業者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型（介護予防）サービス事業者もしくは介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

代理者氏名

本人との関係 連絡先

※松前町記入欄

| 受付 | MC入力 | 証発行 | 基本CL判定結果 | 開始期日 | 備考 |
|----|------|-----|-------------|------|----|
| | □済 | □済 | □非該当 □該当 | | |