

(様式第 1 号)

年 月 日

申請者氏名 (利用者との関係 )

電話番号

## 交野市元気アップ大作戦 (短期集中型サービス)

### 利用申込書

交野市長 様

標記事業を利用したいので、以下のとおり申し込みます。

フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)
利用者氏名			
住 所	交野市		
電話番号	— (携帯 — — )		
要介護度	なし ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者 ・ 要介護 ( )		
※以下は、要介護 (要支援) 認定を受けている人のみご記入ください。			
被保険者番号	0 0 0 0		
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
担当ケアマネジャー	交野市地域包括支援センター / (担当: ) 事業所名 ( ) / (担当: )		

#### 【同意に関する事項】

(利用者)

この事業で得られた個人に関する情報を、ケアマネジメント業務や事業実施の際に活用する観点から関係機関へ提供することを了承します。

(担当ケアマネジャー)

担当ケアマネジャーの氏名を関係機関へ提供することを了承します。

(以下、市記入欄)

受付日		受付者	
-----	--	-----	--