様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

　八頭町長　　様

　　　　住所　八頭町

申請者

氏名

八頭町通所型介護予防事業利用申請書

　八頭町通所型介護予防事業を利用したいので、申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  利用者氏名 |  | | 生年月日 | | 年　月　日(　　歳) | | | | 性別 | 男・女 |
| 利用者住所 | 八頭町 | | | | | 電話 |  | | | |
| 利用事業 | | 認知症予防-支援事業 | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | | | | 電話 |  | | | |
| 住所 |  | | | | | 続柄 |  | | |
| 主治医 | 氏名 |  | | 医療機関名 | |  | | | | |
| 所在地 |  | | | | 電話 |  | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | |

同　意　書

私は、次の事項に関することに同意します。

1. 事業実施のために必要な書類及び情報（利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書等）を関係者（町から委託された事業受託事業者、主治医等）に提供します。
2. 事業の利用に当たっては、自己責任のもと参加します。町及び町から委託された受託事業者に重大な過失がない限り、責任は問いません。

利用者署名　　　　　　　　　　　　　印

注　氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。