

姫路市総合事業訪問型短期集中予防サービス利用申請書

年 月 日

(宛先) 姫路市長

総合事業訪問型短期集中予防サービスの利用を次のとおり申し込みます。

利用者	被保険者番号										
	フリガナ						性別	男・女			
	氏名						電話				
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日生	(歳)				
	住所	〒									
要介護状態区分等		要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者									
利用中のサービス (○を付ける)		通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護のリハビリ、医療のリハビリ、 訪問介護、通所介護、福祉用具 ()、その他 ()									
申請理由											
介護支援専門員等が記載してください											
居宅介護支援事業所名											
介護支援専門員名							ケアプラン への記載	有・無			
サービス実施事業所名											
主治医		(医療機関名)				(担当医)					

※同意欄

私は、事業を利用するに当たり、下記の事項について同意します。

- 要介護・要支援認定情報（認定調査票、主治医意見書）を地域包括支援課が調査し、訪問型短期集中予防サービスの提供に対して利用すること。
- 総合事業訪問型短期集中予防サービスの利用日時、利用料及び支払いについては次のとおり承諾します。
 - 利用日時：月曜日～金曜日（祝日を除く）、午前9時～午後5時
 - 1回あたりの利用料：866円（1回の時間はおよそ1時間とする）
 - 利用料の支払いは、姫路市からの納付書が到着後速やかに支払います。

年 月 日

利用者氏名： _____

代理者（関係）： _____ ()

※審査欄

(介護認定区分)	該当	該当外	課長	課長補佐	係長	担当
(リハサービス利用)	無し	有り				
(その他)						