

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）を高年齢支援課が調査し、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：8 6 6 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)						