様式第１号（第８条関係）

年　　月　　日

　国分寺市長　殿

国分寺市通所型介護予防普及啓発事業利用申請書

（介護予防マシン筋力トレーニング・教室型）

　通所型介護予防普及啓発事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業内容 | | | | 介護予防マシン筋力トレーニング事業 | | | |
| 対象者 | 住所 | | | 国分寺市 | | | |
| 氏名 | | |  | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日(　　　歳) | | | |
| 電話番号 | | |  | | | |
| 介護認定 | | | □申請なし　□サービス事業対象者　□要支援　□要介護　　　　　　　□申請中（　　月　　日申請） | | | | |
| 通所型サービス等利用状況 | | | | | □利用有　サービス名称（　　　　　　　　　　　　　　）  □利用無　　　□申請中（　　月　　日申請） | | |
| 緊急連絡先 | | 住所 | |  | | | |
| 氏名 | |  | | 関係 |  |
| 電話番号 | |  | | | |
| **希望の施設**  （）内に御記入ください | | | | ※送迎はありません。  ※利用時間は参加者が決定次第、各施設担当より御連絡いたします。  **希望施設名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | |
| **利用区分** | | | | 該当の□にチェックしてください  **□新規　　・　　□再申込** | | | |
| 再申込の場合は以前の御利用月を御記入ください。  **（以前の御利用期間）　　　月～　　月** | | | |

ここに記載された情報は、国分寺市高齢福祉課及び各施設の実施事業者、事業の支援を行う国分寺市地域包括支援センターにて共有されますが、**本事業の目的以外に使用いたしません。**この申請に係る審査手続につき、利用者本人の住民基本台帳及び介護認定状況、介護サービスの利用状況を確認いたします。また、利用者負担金の手続については、利用者本人及び生計中心者の方の市都民税課税状況、生活保護受給情報を確認させていただきます。

なお、本事業に参加していただく際の健康状態にはくれぐれも御注意いただき、参加に当たっては皆様御自身の責任で体調管理していただきますようお願いいたします。

**以上の事項に同意いただける方は、下欄に御署名をお願いいたします。**

利用者氏名

生計中心者氏名