

## 久留米市総合事業対象者確認依頼届出書

<input type="checkbox"/> 認定あり		<input type="checkbox"/> 認定なし		記入日		年		月		日		
利用者	被保険者番号			個人番号								
	フリガナ			生年月日			明・大・昭					
	氏名						年		月		日	
	住所			性別			男		・		女	
	電話番号						年		月		日	
	現在の認定等 (該当者のみ)		要介護状態区分		1・2・3・4・5			要支援区分		1・2		
		有効期限		年			月		日			
備考												

持参者	被保険者との関係		※該当するものに ○ を付けてください 本人・家族（ ） ・ 地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業者 ・ その他（ ）									
	事業所名											
	住所		(〒 - )			確認欄  (地域包括支援センター が押印)						
	電話番号											
	氏名											

利用者	<input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業の利用に当たり、基本チェックリストによる生活機能の確認を実施することに同意します。 <input type="checkbox"/> 介護予防ケアマネジメントを実施するに当たり、被保険者本人の状況を把握する必要があるときは、この届出書及び基本チェックリストの写しその他必要な情報を、久留米市から地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者の関係人に提供することに同意します。										
	本人氏名										

総合支所	田主丸	北野	城島	三潁

FAX

受付印欄

原課	受付審査	包括割振	包括依頼日	申請入力	入力点検	被保険者証回収	送達
		中・東・西 南・北					

個人番号	個・通・住・シ・職 ( )	本人確認	介・CM・個・運・旅・障・保・年・聞 ( )
------	------------------	------	---------------------------