

様式第 1 号（第 6 条関係）

淡路市地域支援事業(地域介護予防活動支援事業)利用申請書

年 月 日

淡路市長 様

住所

申請者 氏名

電話番号 () -

次のとおり地域介護予防活動支援事業（高齢者健康料理教室）を利用したいので、申請します。

利 用 者	氏 名			性 別	男 ・ 女	
	住 所			電 話 番 号	() -	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)				
	世 帯 区 分	単身世帯・高齢者世帯	障 害 者 手 帳 等 交 付 の 有 無	身障・精神	種 級	
		その他 ()		療育手帳	A ・ B	
該当するものに☑印を記入してください。 ☐ 介護保険法第 53 条第 1 項に規定する居宅要支援被保険者 ☐ 介護保険法施行規則第 140 条の 62 の 4 第 2 号に規定する被保険者 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2						
申請を希望する理由						
緊 急 時 の 連 絡 先	氏 名	続柄	住 所		電 話 番 号	
					() -	
					() -	
希 望 地 区		津 名 ・ 岩 屋 ・ 北 淡 ・ 一 宮 ・ 東 浦 ※ 希望する地区に、○印を記入してください。				