

第1号様式（第5条関係）

総合事業サービス利用・終了申請書

令和 年 月 日

大淀町長 様

申請者

住所 _____

氏名 _____

(続柄 _____)

電話番号 _____

総合事業サービスを（利用・終了）したいので申請します。

利用開始の時期

- 直ちに
要支援認定期間終了後

添付資料

- 介護保険被保険者証
チェックリスト

介護予防ケアマネジメントを実施するために必要があるときは、介護予防事業対象者把握にかかるチェックリスト及び要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を大淀町から地域包括支援センター、介護予防・日常生活支援総合事業事業者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型（介護予防）サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

申請するにあたり、介護保険料の支払いの状況等の調査をされることに同意します。

本人氏名 _____