

様式第1号（第4条関係）

令和 年 月 日

那須塩原市長 様

申請者 住 所 那須塩原市  
氏 名  
電話番号  
代理人 住 所 那須塩原市  
氏 名  
電話番号  
続 柄

サービスC事業利用申請書

サービスC事業を利用したいので、那須塩原市訪問型・通所型サービスC事業実施要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

種 別	訪問型サービスC ・ 通所型サービスC										
申請者の状況	介護保険 被保険者番号										
	要介護度等 (該当に○)	事業対象者・要支援1・要支援2 【認定有効期間 令和 年 月 日まで】									
	ふりがな 氏 名							電話 番号			
	住 所	那須塩原市									
	生年月日	昭和 年 月 日( 歳)									
	治療中の ケガ・病気										
主治医	医療機関名										
	主治医氏名										
	電話番号										
緊急 連絡先	住 所							電話 番号			
	ふりがな 氏 名							続柄			

(個人情報の取扱い)

利用決定された場合には、申請書に記載された内容を本事業の委託先へ提供することについて同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_