様式１　記入例

短期集中予防サービス事業　参加申込書

令和　年　　月　　日

岸和田市長　様

急な中止や送迎遅延連絡など、
連絡がとりやすい番号を記載。

岸和田市が実施する「介護予防・生活支援サービス事業（短期　　予防サービス）」を利用したいので、下記の確認事項を了承した上で、以下のとおり申し込みます。

利用者	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
	フリガナ	キシワダ　ハナコ					電話番号		090-123-4567		
	氏　　名	岸和田　花子					性　　別		男　・　女		
	生年月日	大正　・　昭和　　25　　年　10　月　1　日（　69　）歳									
	住　　所	岸和田市　岸城町７番１号									
要介護状態区分等		要支援１　・　要支援２　・　事業対象者									
利用中のサービス（○をつける）		訪問介護・通所介護・福祉用具（ 通所リハビリ・訪問リハビリ・訪問看護・その他（									
申込み理由 (3ヶ月後に目指す姿)		買物に行けるようになって、自分で好きな物を作りたい。 そこで体力がついたら、手芸教室も再開したい。									

３ヶ月後にやりたいこと、
再開したいこと、
自宅で困っている動作等、
具体的な想いを書いてください。

私は、事業を利用するにあたり、下記の事項について同意します。

１．市及び事業受託先である大阪府理学療法士会や事業関係者（「以下、市等という」）が、要介護・要支援認定情報（認定調査票、主治医意見書）や介護予防ケアマネジメント資料（利用者基本情報、基本チェックリスト、アセスメントシート等）を、短期集中予防サービス事業に利用すること。
２．市等が主治医及び他の保健・医療サービスや福祉サービスに、申込者の状況等について連絡する等連携することがあること。
３．事業の趣旨を了承し、スタッフの指示に従って利用すること。
４．ケガや事故が発生しないよう留意するとともに、自己の過失により生じたケガや事故については、自己の責任で処理すること。
５．事業の利用時間、利用料については次のとおり承諾します。
①利用日時：毎週金曜日　午後の２時間程度（詳細は後日お知らせします）
②送　迎：あり（ただし、自身で会場まで行くことが可能な場合は省くこともできます）
③利用料：無料（ただし、故意に無断欠席した時は、送迎のキャンセル料が発生する場合がございます）
６．事業中の写真・ビデオ撮影に同意すること。ただし、本人の許可なく、他で使用することはありません。

記 入 日

令和　　年　　月　　日　　利用者氏名：　　岸和田　花子

自 筆

代理者（関係）：　　（　　）

※基本情報・基本チェックリスト（最新分）・薬剤情報（コピー可）・現状の計画書（新規ケース以外）をご提出ください。