

### 短期集中予防サービス事業 参加申込書

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。

令和 年 月 日

岸和田市長 様

岸和田市が実施する「介護予防・生活支援サービス事業（短期集中予防サービス）」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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女			
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 25 年 10 月 1 日 ( 75 ) 歳										
	住所	岸和田市 岸城町7番1号										
要介護状態区分等	<input checked="" type="checkbox"/> 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。
- 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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）
  - 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。
  - 職員に対するハラスメント行為があった場合、または長期間の欠席が続く場合には、サービスの利用を中止または休止することに承諾します。
  - 事業修了後、運動機能や生活行為の状況確認をする目的で、市等が連絡し、必要に応じて訪問すること。

令和 年 月 日  記入日 利用者氏名： 岸和田 花子  自筆

代理人（関係）： ( )

【提出書類】 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。