

認知症予防事業利用申請書  
( 認知症予防教室 )

令和 年 月 日

十日町市長 様

申請者 住所 十日町市

氏名

認知症予防事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな		
	氏名		
	住所	〒 ー 十日町市 番地 (行政区 ) 電話 025ー ー	
	生年月日	大・昭 年 月 日 (満 歳)	
希望施設	さわやか		
希望する曜日	月・火・水・木・金	いつでもよい	
希望する回数	週・月 回		
介護認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【要支援 1・2】 【要介護 1・2・3・4・5】		
利用開始予定日	年 月 日～		
参加動機	<input type="checkbox"/> 利用者からの紹介 <input type="checkbox"/> スタッフからの紹介 <input type="checkbox"/> 市や地域包括支援センターからの紹介 <input type="checkbox"/> チラシをみた <input type="checkbox"/> その他 ( )		

※裏面もご記入ください。

※以下は記入しないでください。

課長	課長補佐	係長	係員	担当者	次のとおり決定してよろしいでしょうか ・利用を認める 施設名 ( さわやか ) ・利用を認めない 理由 ( )

家 族 状 況 等 調 査 票

家 族 の 状 況	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職 業・ 勤 務 先	勤 務 先 電 話 番 号	健 康 状 態
		本 人	大・昭・平 ・			健康 否
			大・昭・平 ・			健康 否
			大・昭・平 ・			健康 否
			大・昭・平 ・			健康 否
			大・昭・平 ・			健康 否
			大・昭・平 ・			健康 否
			大・昭・平 ・			健康 否
緊急連絡先		① 氏名 (続柄) ☎				
		② 氏名 (続柄) ☎				
治療中の病気						
かかりつけ医		<input type="checkbox"/> 有 (医療機関名 : ) <input type="checkbox"/> 無 (主 治 医 : )				
受 療 状 況		<input type="checkbox"/> 通院 ( 回/月) <input type="checkbox"/> 往診 ( 回/月) <input type="checkbox"/> 無				
身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (等級 : )				
通 所 方 法		<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ( )				
備 考						