**「自立支援型ケアプラン作成支援事業」申請書**

令和　　年　　月　　日

熊本市長　様

次のとおり「自立支援型ケアプラン作成支援事業」の利用について申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒  熊本市　　　区 | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | |

早期の機能回復や重度化防止に向けた自立支援型ケアプラン作成の趣旨を理解し、ケアプラン作成に必要な要介護・要支援認定に関する情報を、関係機関・事業所等に提供することについて同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　申請者（被保険者）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出代行者 | （地域包括支援センター・居宅介護支援事業所）名 | |
| 担当者名 | 電話番号 |

以下、地域包括支援センター/ 区役所福祉課記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 担当地域包括支援センター/担当区 | □提出代行者と同 |
| 担当者名 | □提出代行者と同 |
| 担当リハ職　所属先 |  |
| 担当リハ職　氏名 |  |
| 初回訪問日時 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分～ |
| 申請経路 | 〔　〕新規　〔　〕更新　〔　〕ケア会議  〔　〕ケアプラン点検　〔　〕例外給付  〔　〕その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |