様式２（第７条関係）

令和　　年　　月　　日

川崎市長（宛て先）

法人名

法人所在地

法人代表者名

「かわさき健幸福寿プロジェクト」要介護度等改善・維持評価事業参加申請書

次のとおり、要介護度等改善・維持評価事業への参加を申請します。

１　対象者及び当該対象者に係る参加事業所の情報

別紙のとおり

（別紙１：□新規参加　□前期から継続参加 [事業所の変更]）

※該当する方にチェックを入れてください。継続参加で事業所に変更がない場合は別紙２で申請してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者情報 | | | | | | | |
| 氏名 |  | 要介護度 |  | | | 性別 |  |
| 介護保険被  保険者番号 |  | 年　　月　　日生 | | | | | |
| 認定の  有効期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 直近の認定時点からの心身状況に著しい改善 | なし　　・　　あり  （「あり」の場合は申請できません） | お住まいの区 | | 区 | | | |
|  |  | | | | | | |
| 取りまとめ事業所情報 | | | | | | | |
| 取りまとめ  事業所名 |  | 事業所  番号 | | |  | | |
| サービス種別 |  | 担当者名 | | |  | | |
| ※　**介護保険施設、認知症対応共同生活介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所、（看護）小規模多機能型居宅介護事業所は、「取りまとめ事業所」欄に記載**してください。 | | | | | | | |
| 参加事業所（在宅サービスの場合に記載） | | | | | | | |
| 事業所名１ |  | 事業所  番号 | | |  | | |
| サービス種別 |  | 担当者名 | | |  | | |
| 事業所名２ |  | 事業所  番号 | | |  | | |
| サービス種別 |  | 担当者名 | | |  | | |
| 事業所名３ |  | 事業所  番号 | | |  | | |
| サービス種別 |  | 担当者名 | | |  | | |
| 事業所名４ |  | 事業所  番号 | | |  | | |
| サービス種別 |  | 担当者名 | | |  | | |
| 事業所名５ |  | 事業所  番号 | | |  | | |
| サービス種別 |  | 担当者名 | | |  | | |
| 事業所名６ |  | 事業所  番号 | | |  | | |
| サービス種別 |  | 担当者名 | | |  | | |
| 事業所名７ |  | 事業所  番号 | | |  | | |
| サービス種別 |  | 担当者名 | | |  | | |

※　対象者１人につき１枚作成してください。欄が足りないときは、追加してください。

※　参加事業所は、市内の介護サービス事業所に限ります。

（別紙２：前期から継続参加 [事業所の変更]）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 継続参加の確認 | | | | | | |
| 以下の対象者について、前期の申請から取りまとめ事業所・参加事業所に変更はありません。  ※該当する場合はチェックを入れてください。変更がある場合は別紙１で申請してください。 | | | | | | □ |
|  | | | | | | |
| 取りまとめ事業所情報 | | | | | | |
| 取りまとめ  事業所名 |  | 事業所  番号 | |  | | |
| サービス種別 |  | 担当者名 | |  | | |
|  | | | | | | |
| 対象者情報１ | | | | | | |
| 氏名 |  | 要介護度 |  | | 性別 |  |
| 介護保険被  保険者番号 |  | 年　　月　　日生 | | | | |
|  |  | | | | | |
| 対象者情報２ | | | | | | |
| 氏名 |  | 要介護度 |  | | 性別 |  |
| 介護保険被  保険者番号 |  | 年　　月　　日生 | | | | |
|  |  | | | | | |
| 対象者情報３ | | | | | | |
| 氏名 |  | 要介護度 |  | | 性別 |  |
| 介護保険被  保険者番号 |  | 年　　月　　日生 | | | | |
|  |  | | | | | |
| 対象者情報４ | | | | | | |
| 氏名 |  | 要介護度 |  | | 性別 |  |
| 介護保険被  保険者番号 |  | 年　　月　　日生 | | | | |
|  |  | | | | | |
| 対象者情報５ | | | | | | |
| 氏名 |  | 要介護度 |  | | 性別 |  |
| 介護保険被  保険者番号 |  | 年　　月　　日生 | | | | |

※　欄が足りないときは、追加してください。