|  |
| --- |
| 年　　月　　日門川町長　殿　下記のとおり、門川町一般介護予防事業を利用したいので申請します。 |
| 申請（利用）者 | 住所 |  | 性　別 | 男・女 |
| フリガナ |  | 行政区 |  |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 希望する事　　業 | １．いきいき百歳体操、かみかみ百歳体操 | 　　　　年　　月　　日開始 |
| ２．パワーリハビリ | 年　　月　　日開始 |
| ３．ノルディックウォーク | 年　　月　　日開始 |
| ４．疾患別既往者サロン | 年　　月　　日開始 |
| ５．スクエアステップ | 年　　月　　日開始 |
| ６．その他 | 年　　月　　日開始 |
| 　事業実施の為に必要があるときは、関係者（地域包括支援センター等）に個人情報を提供すること及び、本事業に係る事故や怪我については、異議申し立てしないことに同意します。　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　注：氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。 |
|  |
| 【門川町記入欄】 | 被保険者番号 |  | 【包括記入欄】 | ＩＤ |  |
|  |
| 門川町 | 課　長 | 補　佐 | 係　長 | 係　員 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 包　括 | 所　長 | 係　員 | 担当者 |
|  |  |  |