|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |