吉川市介護予防・日常生活総合支援事業

通所型短期集中予防サービス「なまらん介護予防水中ウォーキング教室」利用申込書

吉川市健康長寿部長寿支援課高齢福祉係　宛

吉川市が委託実施する通所型短期集中予防サービス「なまらん介護予防水中ウォーキング教室」を利用したいので、以下の確認事項を了承した上で申し込みます。

申込日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="7">ご利用希望者</td><td>ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏　名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>性別</td><td>男　・　女</td><td>年齢</td><td>歳</td></tr>
<tr><td>電話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">吉川市</td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護度</td><td colspan="5">事業対象者　・　要支援１　・　要支援２</td></tr>
<tr><td colspan="2">緊急連絡先
氏　名</td><td colspan="2">（続柄）</td><td>連絡先</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">送迎の有無</td><td colspan="5">☐送迎を希望する　　☐送迎を希望しない</td></tr>
<tr><td colspan="2">歩行補助具</td><td colspan="5">☐利用していない　☐杖　☐シルバーカー　☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">ケアマネジャーまたは地域包括支援センター</td><td>事業名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>担当者</td><td colspan="2"></td><td>連絡先</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

私は、申込みにあたり、以下の事項について同意します。

1　必要に応じ、私（利用希望者）の介護保険要介護認定・給付状況等について市の関係機関が保有する情報により確認をします。
2　本申込書に記載した私の個人情報を、当該教室の委託業者に提供します。
3　市等が主治医及び他の保健・医療サービスや福祉サービスに、申込者の状況等について連絡する等連携することがあります。
4　事業の趣旨を理解し、職員の指示に従って利用します。
5　怪我や事故が発生しないよう留意するとともに、自己の過失により生じた怪我や事故については、自己責任で対応します。
6　事業の利用日時等について、次のとおり承諾します。
（１）利用日時　毎週月曜日　13:30～15:30（日程は、後日お渡しする案内を参照）
（２）送　迎　　あり（ただし、自身で会場まで行くことが可能な場合は省くことができます）
（３）利用料金　１クール（全１２回）あたり４，８００円
※途中で参加を辞退された場合でも返金はできません。
※実施期間中に欠席された場合でも返金はできません。

令和　　年　　月　　日　　利用者氏名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿