

若桜町介護予防・日常生活支援総合事業利用登録申請書

若桜町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

利用者	フリガナ		男	生 年 月 日	年 齢
	氏 名			女	大・昭 年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 鳥取県八頭郡若桜町		電 話 番 号	
				— —	
申請者	<input type="checkbox"/> 利用者本人（申請者の省略可） <input type="checkbox"/> 利用者以外				
	フリガナ		続 柄		
	氏 名				
	住 所	<input type="checkbox"/> 鳥取県八頭郡若桜町		電 話 番 号	
				— —	
事業	訪問事業	<input type="checkbox"/> 訪問型短期集中予防サービス（いきいき訪問リハ）			
	通所事業	<input type="checkbox"/> 通所型短期集中予防サービス（体力づくり教室 / リハビリ教室すずらん） <input type="checkbox"/> 一般介護予防サービス（ひまわり会 / わくわく教室 / あんしんホッとクラブ）			

このたび、上記の事業を利用するにあたり、不慮の事故等に備えて事業者が加入する保険（損害賠償保険等）に該当する場合を除き、事業実施者に重大な過失がない限り、損害賠償請求を行わないことを誓約します。

誓約者	<input type="checkbox"/> 利用者		(代理人の場合) 続 柄
氏 名	<input type="checkbox"/> 代理人		