

認知症対応型共同生活介護利用者支援事業利用申込書

フリガナ 被保険者氏名	-----		被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	要介護度	要介護	
住所	〒 電話番号 ()						
利用施設名	認知症対応型共同生活介護事業所名						
利用の見込み 期間(予定)	年		月	日から	年	月	日まで
契約利用料 (家賃)	月額・日額 (いずれかに○)		円				
認知症対応型共同生活介護利用者支援事業の利用を申し込みます。 年 月 日 北アルプス広域連合長 様 住所 申請者 氏名							

上記内容に相違ないことを証明します。

年 月 日

認知症対応型共同生活介護事業所

添付書類

- 1 扶助対象経費を証する書類(認知症対応型共同生活介護利用契約書及び重要事項説明書の写し)
- 2 支援事業利用見込期間を証する書類(居宅サービス計画書標準様式第2表又は施設サービス計画書第2表に相当するもの)