様式第１号（第５条関係）

小浜市介護予防事業利用申請書

　　年　　月　　日

小浜市長　様

住　所　　　　　小浜市

氏　名

利用者との続柄

小浜市介護予防事業（　　　　　　　　　　）に参加したいので、誓約書を添えて下記の通り申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな  氏　名 |  | 性別 | 男・女 |
|  |
| 住　所 | 〒 | | |
| 小浜市 | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 緊急の連絡先 | 氏名 | （続柄　　　　　） | | |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 主治医 | | 医療機関名　　　　　　　　　医師名 | | |
| 特記事項 | | | | |

様式第２号（第５条関係）

誓約書

私は小浜市で行われる介護予防事業（　　　　　　　　　　）に参加するにあたり、機能訓練の際に万が一いかなる不測の事態が生じても、小浜市に対し、一切の異議申し立てをしないことを誓約いたします。また、利用料については、滞りなくお支払いすることを誓約いたします。

年　　月　　日

小浜市長　様

住　　所　小浜市

本人氏名

家族代表者氏名