令和　　年　　月　　日

**短期集中型通所サービス　歯つらつ健康プログラム申込書**

（あて先）　金沢市長

金沢市歯科医師会会長

　金沢市歯つらつ健康プログラム利用を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 地域包括支援センター名担当者氏名 | 金沢市地域包括支援センター（　　　　　　　　）（担当：　　　　　　） |
| 実施機関名 |  |
| フリガナ申込者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　－　　　金沢市 |
| 短期集中型サービス以外に利用しているサービスの有無（該当する□にチェック）□あり　　□なし |
| 該当区分：要支援１・要支援２・事業対象者　　　　認定年月日：　　年　　　月　　　日被保険者番号： |

金沢市歯つらつ健康プログラム結果等取扱いについてのお願い

このプログラム結果等は本人が特定できる情報を除いて、介護予防等の目的で調査・分析・集計し、使用することがあります。

**１．同意します**　　　　　**２．同意しません**

本人署名