

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	〒 ー 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 \_\_\_\_\_