

福岡市長（宛て先）

《参加申請者（代表事業所）》

事業所名 \_\_\_\_\_

事業所所在地 \_\_\_\_\_

事業所代表者（管理者） \_\_\_\_\_

「ふくおか元気向上チャレンジ」参加申請書

下記のとおり、ふくおか元気向上チャレンジへの参加を申請します。

記

- 1 参加チーム（対象者及び介護事業所）の情報  
別紙のとおり
- 2 参加申請にあたっての留意事項
  - (1) 参加申請者（代表事業所）及びその他の参加事業所は、本事業の趣旨について運営法人の理解を得た上で、参加申請してください。
  - (2) 参加申請者（代表事業所）は、次の事務を行ってください。
    - ① 対象者及び参加事業所の選定
    - ② 参加申請の手続き
    - ③ （2次評価の対象となった場合）取組み内容に関する報告書の提出
    - ④ インセンティブに関する手続き及び受領

(別紙)

対象者情報			
氏名		介護保険 被保険者番号	
要介護度		直近の要介護認定時点からの 心身状況に著しい改善の有無	なし ・ あり (ありの場合、申請できません)
要介護認定の 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

参加申請者（代表事業所）情報			
事業所名		事業所番号	
サービス種別			
担当者		電話番号	
メールアドレス		FAX番号	
法人名		法人代表者	
法人所在地		電話番号	

代表事業所以外の参加事業所情報			
事業所名 1		事業所番号	
所在地		サービス種別	
電話番号		法人名	
事業所名 2		事業所番号	
所在地		サービス種別	
電話番号		法人名	
事業所名 3		事業所番号	
所在地		サービス種別	
電話番号		法人名	

※申請日時点で、対象者に対し、サービスを提供している介護事業所を記入してください。

※本事業は、市内の介護事業所が対象です。

※対象者1人につき1枚作成してください。

※欄が足りないときは、追加してください。

代表事業所以外の参加事業所情報

事業所名 4		事業所番号	
所在地		サービス種別	
電話番号		法人名	
事業所名 5		事業所番号	
所在地		サービス種別	
電話番号		法人名	
事業所名 6		事業所番号	
所在地		サービス種別	
電話番号		法人名	
事業所名 7		事業所番号	
所在地		サービス種別	
電話番号		法人名	
事業所名 8		事業所番号	
所在地		サービス種別	
電話番号		法人名	
事業所名 9		事業所番号	
所在地		サービス種別	
電話番号		法人名	
事業所名10		事業所番号	
所在地		サービス種別	
電話番号		法人名	

この用紙を利用する場合、（別紙）1枚目とホチキス留めしてください。