様式第１号（第７条関係）

年　　月　　日

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）対象者へ「ふくおか元気向上チャレンジ」への参加及び個人情報の利用に関する同意書（様式第２号）の内容を説明し、署名されたものを事業所で保管してください。

（3）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 （対象となった場合）事例集作成に係る取組み内容の報告

④ インセンティブに関する手続き及び受領

⑤ その他本事業に係る参加事業所との連絡調整

（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 | | |
| 本事業への参加及び  個人情報の利用に関する同意日 | | 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。