様式第８号（第10条第１項関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

台帳登録 □

保険証発行 □

介護予防・日常生活支援総合事業　事業対象者認定申請書

伊豆の国市長　宛

　　　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 申請年月日 | 　　 　　年 　　月　 　日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 提出代行者（名称） | 該当するものに○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護保険サービス事業所） |
| 　 |  |
| 申請者住所 | 〒 | 電話番号（　　　　 － 　　　　－ 　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 保 険 者 情 報 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 |
| 氏　　名 |  |  年　 　月　 　日 |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 | 〒 | 電話番号（　　　　－　　　　－　　　　） |
| 前回の要介護認定の結果等 | 要介護 （　１　２　３　４　５　）　要支援（　１　２　） 　事業対象者 |
| 有効期間　　　　　 年　 　月　 　日　から　　　 　　年　　 月　　 日まで |
| 介護保険施設医療機関等の入院・入所の有無 | 有 ・ 無 | 施設等名称所在地 | 期間 | 　 年　 月　 日 から　　　 年 　 月　 日 まで |
| 施設等名称所在地 | 期間 | 　 年　 月　 日 から　　　 年　 月　 日 まで |
| 主治医 | 氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 | 電話番号（　　　 －　　　 －　　 　） |
| 新規申請理由 |  |

介護予防ケアマネジメントを作成するために必要があるときは、基本チェックリスト及び本申請書を伊豆の国市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、その他関係機関へ提示することに同意します。

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）