

様式第 10 号(第 16 条関係)

対馬市介護保険要介護・要支援認定申請書兼介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

対馬市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号							申請・申込 区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 総合事業
	個人番号								
	医療 保険	保険者名				保険者番号			
	被保険者証	記号			番号			枝番	
	フリガナ							生年月日	年 月 日
	被保険者氏名							性 別	男 ・ 女
	住所	〒						電話番号	自宅 携帯
	調査実施先住所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 病院・その他	〒						
	立会者氏名	(関係：)						電話番号	
	認定結果 送付先住所	〒						氏名	(関係：)
	現在の要介護 度状態区分等	要介護 (1 2 3 4 5)		要支援 (1 2)		総合事業該当			
	※14日以内に 他自治体から転 入した者のみ記 入	転出元(市町村名) [] 現在、転出元(市町村)に要介護・要支援認定申請を申請中ですか。【 はい ・ いいえ 】 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択して下さい。) 「はい」の場合、申請日 年 月 日							
変更申請の理由									

申 請 代 理 人	名称・氏名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護施設・家族・その他)						
	住所・所在地	〒						電話番号

主 治 医	医療機関名							主治医の氏名
	最終受診日	年 月 日						
	所在地	〒						電話番号

第 2 号被保険者 (40 歳から 64 歳の医療保険加入者) のみ記入

特定疾病名							
-------	--	--	--	--	--	--	--

その他の連絡事項 (対象者の状態やサービス利用状況等を記入ください。)

--	--	--	--	--	--	--	--

受付印

- ・上記提出代行者・申請代理人に本申請に関する権限を委任します。
- ・介護サービス計画作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、対馬市介護保険施行規則第 12 条第 3 項に規定する者及び主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名