

# 伊東市介護予防・日常生活支援総合事業に関する事業所説明会 配付資料（各種書式・様式）

1. 伊東市総合事業対象者申請書
2. 伊東市総合事業対象者申請書【記入例】
3. 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書
4. 基本チェックリスト
5. 請求関連書類（平成12年厚令20号）
  - (1)介護給付費請求書（様式第一）
  - (2)介護予防・日常生活支援総合事業費請求書（様式第一の二）
  - (3)介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書（様式第二の二）
  - (4)介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（様式第二の三）
  - (5)介護予防支援介護給付費明細書（様式第七の二）
  - (6)介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（様式第七の三）
  - (7)給付管理票（様式第十一）
6. 配食関連書類
  - (1)伊東市在宅高齢者食事サービス事業利用申請書
  - (2)伊東市在宅高齢者食事サービス アセスメント票
  - (3)介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメントC）
7. 介護保険被保険者証
  - (1)要支援認定者版
  - (2)事業対象者版
8. 質問票



# 記入例

## 伊東市総合事業対象者申請書

伊東市長 様 次のとおり申請します。

被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	申請年月日	平成〇〇年××月△△日 (認定年月日)			
対象者	フリガナ	イトウ イチロウ		性別	明・大・昭	
	氏名	伊東 市郎		生年月日	22年 8月 10日 (69歳)	
	住所	伊東市大原2-1-1		連絡先	0557-32-1561	
緊急連絡先	氏名	伊東 太郎	続柄	長男	連絡先	090-〇〇〇〇-☆☆☆☆
	同居・別居	住所 (別居のみ)	△△市◇◇区〇〇町☆☆番地の□□号			
チェックリスト 実施について	本人以外の立会い	有・無	立会者	氏名	伊東 太郎	
	※有の場合記入してください→			連絡先	090-〇〇〇〇-☆☆☆☆	
本人の現況	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 入院中( )    ) 又は施設利用中( )					
現病歴・ 既往歴	年 月	病 名	医療機関名 (医師名)			
	平成28年5月	右変形性膝関節症	〇〇医院 (〇〇医師)			
	平成20年9月	高血圧症	××クリニック (××医師)			
服薬中の薬	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 (コレステロール) ・ 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> 向精神薬 ・ 利尿剤 ・ 鎮痛剤 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

希望する サービス	1. 訪問介護 生活支援 (掃除・ <input checked="" type="checkbox"/> 買い物・調理・その他)
	身体介護 (入浴介助・その他)
	2. 通所介護
	3. その他
特記事項	膝の痛みから、重たいものを持っての長距離歩行が困難であるため、日用品の買物を手伝ってほしい。

介護予防・日常生活支援総合事業で活用するため、総合事業対象者申請書・基本チェックリストを地域包括支援センター及び居宅支援事業所へ提供することに同意します。

氏名 **伊東 市郎**



様式第2号（第6条関係）

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

		区 分	
		新規 ・ 変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ			
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業所 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター			
事業所名	事業所番号		
所 在 地			
サービス提供開始日（平成 年 月 日）		電話番号（ ）	
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する事業所※受託する場合のみ記入			
事業所名			
所 在 地		電話番号（ ）	
変更する理由 ※変更の場合のみ記入 変更年月日（平成 年 月 日）			
伊東市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は 介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。 平成 年 月 日  住 所 被保険者 氏 名 印 電話番号（ ）			

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに伊東市役所高齢者福祉課へ提出してください（事業所に提出を依頼することもできます）。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず伊東市役所高齢者福祉課へ届け出てください。  
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

### 基本チェックリスト

被保険者番号		記入日	平成	年	月	日
フリガナ 氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住所	伊東市			電話番号	-	-

質問項目						○をお付けください	
日常生活	1	バスや電車で1人で外出していますか	0はい	1いいえ	/ 20		
	2	日用品の買物をしていますか	0はい	1いいえ			
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0はい	1いいえ			
	4	友人の家を訪ねていますか	0はい	1いいえ			
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0はい	1いいえ			
運動・移動	6	階段や手すりや壁をつたわずに上っていますか	0はい	1いいえ	/ 5		
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0はい	1いいえ			
	8	15分位続けて歩いていますか	0はい	1いいえ			
	9	この1年間に転んだことがありますか	1はい	0いいえ			
栄養	10	転倒に対する不安は大きいですか	1はい	0いいえ	/ 2		
	11	6ヵ月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	1はい	0いいえ			
口腔	12	BMIが18.5未満ですか ※体重_____kg÷身長_____m÷身長_____m =BMI_____	1はい	0いいえ	/ 3		
	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1はい	0いいえ			
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1はい	0いいえ			
外出	15	口の渇きが気になりますか	1はい	0いいえ	/ 2		
	16	週に1回以上は外出していますか	0はい	1いいえ			
物忘れ	17	昨年と比べ外出の回数が減っていますか	1はい	0いいえ	/ 3		
	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1はい	0いいえ			
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0はい	1いいえ			
こころ	20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1はい	0いいえ	/ 5		
	21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がないと思うことがありますか	1はい	0いいえ			
	22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなったと感じることがありますか	1はい	0いいえ			
	23	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられることがありますか	1はい	0いいえ			
	24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えないことがありますか	1はい	0いいえ			
	25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがすることはありますか	1はい	0いいえ			
実施者	事業者：		担当者：				

様式第一（附則第二条関係）

平成		年		月分
----	--	---	--	----

介護給付費請求書

保 険 者

（別 記） 殿

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

事業所番号											
請求事業所	名 称										
	所在地	〒									
連絡先											

保険請求

区 分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等											
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合 計											

公費請求

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	公費 請求額	件数	費用 合計	公費 請求額
12 生 保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37 条の 2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計							

様式第一の二 (附則第二条関係)

平成		年		月分
----	--	---	--	----

介護予防・日常生活支援総合事業費  
請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

事業所番号										
請求事業所	名 称									
	所在地	〒								
連絡先										

事業費請求

区分	サービス費用					
	件数	単位数	費用合計	事業費請求額	公費請求額	利用者負担
訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費						
介護予防ケアマネジメント費						
合 計						

公費請求

区 分	サービス費用			
	件数	単位数	費用合計	公費請求額
12 生 保 訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費				
生 保 介護予防ケアマネジメント費				
81 被爆者助成				
58 障害者・支援措置 (全額免除)				
25 中国残留邦人等				
合 計				

様式第二の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用))

公費負担者番号										平成		年		月		分								
公費受給者番号										保険者番号														
被保険者	被保険者番号										事業所番号													
	(フリガナ) 氏名																事業所名称							
	生年月日										所在地													
	1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日																〒							
	性別 1.男 2.女										電話番号													
要支援状態区分										要支援1・要支援2														
認定有効期間										平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで														
介護予防サービス計画										2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成														
事業所番号										事業所名称														
開始年月日										平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日
中止理由										1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院														
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数	回数	サービス単位数		公費分回数	公費対象単位数		摘要												
給付費明細欄 (住所特例対象者)	サービス内容		サービスコード		単位数	回数	サービス単位数		公費分回数	公費対象単位数		施設所在保険者番号	摘要											
請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称																							
	③サービス実日数										日		日		日		日							
	④計画単位数																							
	⑤限度額管理対象単位数																							
	⑥限度額管理対象外単位数																							
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数) + ⑥										給付率 (/100)													
	⑧公費分単位数										保険													
	⑨単位数単価										円/単位		円/単位		円/単位		円/単位		円/単位		合計			
	⑩保険請求額																							
	⑪利用者負担額																							
	⑫公費請求額																							
	⑬公費分本人負担																							
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%		受領すべき利用者負担の総額(円)		軽減額(円)		軽減後利用者負担額(円)		備考												

様式第二の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書  
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

公費負担者番号		平成		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和		性別	1.男	2.女			
	要支援状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2									
認定有効期間	平成		年		月		日	から			
	平成		年		月		日	まで			

請求事業者	事業所番号																			
	事業所名称																			
	所在地	〒																		
	連絡先	電話番号																		

介護予防サービス計画	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成																			
	事業所番号											事業所名称								

開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

事業費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要	

事業費明細欄 (住所特例対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要	

請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称										
	③サービス実日数		日		日		日		日		
	④計画単位数										
	⑤限度額管理対象単位数										
	⑥限度額管理対象外単位数								給付率 (/100)		
	⑦給付単位数 (④⑤のうち 少ない数) +⑥								事業		
	⑧公費分単位数								公費		
	⑨単位数単価		▲	円/単位	▲	円/単位	▲	円/単位	▲	円/単位	合計
	⑩事業費請求額										
	⑪利用者負担額										
	⑫公費請求額										
	⑬公費分本人負担										

介護予防支援介護給付費明細書

平成		年		月分
----	--	---	--	----

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護予防 支援事業者	事業所 番号									所在地	〒							
	事業所 名称								連絡先		電話番号							
											単位数単価			(円/単位)				

項番	被保険者	被保険者番号								(フリガナ)											性別	1. 男 2. 女	
		公費受給者番号								氏名													
		生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和							要介護 状態区分	要支援1・要支援2	認定 有効期間	平成		年		月		日	から			
				年		月		日	平成					年		月		日	まで				
		担当介護支援 専門員番号								サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成		年		月		日	/					
		サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計															
																	請求額合計						
																	/						

項番	被保険者	被保険者番号								(フリガナ)											性別	1. 男 2. 女	
		公費受給者番号								氏名													
		生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和							要介護 状態区分	要支援1・要支援2	認定 有効期間	平成		年		月		日	から			
				年		月		日	平成					年		月		日	まで				
		担当介護支援 専門員番号								サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成		年		月		日	/					
		サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計															
																	請求額合計						
																	/						

様式第七の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書  
(介護予防ケアマネジメント費)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成						年						月分
保険者番号												

被保険者	被保険者番号																				
	(フリガナ)																				
	氏名																				
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1. 男 2. 女									
	要支援状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2																			
認定有効期間	平成																				
	平成																				

請求事業者	事業所番号																			
	事業所名称																			
	所在地	〒																		
	連絡先	電話番号																		

事業費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要	

事業費明細欄 (住所地特例 対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要	

請求額集計欄	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率		/100
	④事業費請求額(円)		

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成 年 月分）

保険者番号				保険者名			
被保険者番号				被保険者氏名			
				フリガナ			
生年月日		性別		要支援・要介護状態区分等			
明・大・昭 年 月 日		男・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
居宅サービス・介護予防サービス・ 総合事業 支給限度基準額				限度額適用期間			
単位/月		平成 年 月		~		平成 年 月	

作成区分							
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成							
居宅介護/介護予防 支援事業所番号							
担当介護支援専門員番号							
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名							
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先							
委託 した 場合	委託先の支援事業所番号						
	介護支援専門員番号						

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業								
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)				指定/基準該当/ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
					指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業			
合計								

第1号様式(第6条関係)

伊東市在宅高齢者等食事サービス事業利用申請書

年 月 日

伊東市長 様

次のとおり、伊東市在宅高齢者等食事サービス事業を利用したいので申請します。なお、利用者負担額決定のため、市が私の介護保険料段階の確認並びに、申請書の写しを関係機関及び配食事業者提供することに同意します。

利用者： 印

※太枠内をご記入ください

利用者	氏 名		性 別		男・女	
	生 年 月 日		年 月 日		生 ( 歳)	
	住 所		伊東市 (電話 )			
	希 望 回 数		週 回	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金		
関係機関	事 業 所 名 括 号 内					
	担 当 者			電話		
緊急連絡先	1	氏名	続柄		電話	
		住所				
	2	氏名	続柄		電話	
		住所				

※以下は記入しないで下さい。

被保番		認定 状況		保険料 段階	
事業 区分		事業者		利用者 負担	
通知		特記 事項			

第1号様式(第6条第1項関係)

伊東市在宅高齢者食事サービス アセスメント票

基本事項	相談年月日	年 月 日( 回)		担当者			
	対象者	氏名		男・女 (M・T・S		年 月 日生	歳)
		住所		電話		—	
	申請内容・理由						
	介護認定	要介護( )・要支援( )・事業対象者					
	認定期間	年 月 日		～	年 月 日		
	希望事業所						
利用しているサービス	1 なし 2 あり( )						
家族	構成	1 高齢者単身 2 高齢者夫婦世帯 3 高齢者世帯 4 その他					
	状況	1 交流あり 2 交流なし					
	食事支援	1 支援あり(親族、知人、ご近所等の食事の差し入れや買物援助等) 3 支援なし					
健康状態	四肢機能	1 問題なし 2 問題あり( )					
	視力	1 問題なし 2 問題あり( )					
	聴力	1 問題なし 2 問題あり( )					
食生活能力	1:支障なし 2:困難 3:支障あり	摂食( ) 買い物( ) 調理( ) 火気管理( ) 食費管理( )					
	食事回数	回/日					
	一緒に食べる人	朝:あり なし		昼:あり なし		夜:あり なし	
	調理・食事設備	十分 不十分					
※決定週間プランを記入							
	月	火	水	木	金	土	日
朝							
昼							
夕							
特記事項							

# ケアマネジメントC(配食)

## 介護予防サービス・支援計画表

NO. \_\_\_\_\_

利用者名	様	認定年月日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1 ・ 要支援2	地域支援事業
------	---	-------	---	---	---	---------	---	---	---	----------	---------	-------------	--------

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) \_\_\_\_\_

計画作成(変更)日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日(初回作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 担当地域包括支援センター: \_\_\_\_\_

目標とする生活

1日	1年
----	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.	1.	1.	1	( )					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2.	2.	2.	2	( )					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3.	3.	3.	3	( )					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					( )					

**健康状態について**  
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

**【本来行うべき支援が実施できない場合】**  
 妥当な支援の実施に向けた方針

**総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント**

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
○	○	○	○	○	○

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

**計画に関する同意**

上記計画について、同意いたします。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

# 介護保険被保険者証【要支援認定者】

介護保険被保険者証		要支援 1	内容	期	間
番号	9999999999	認定年月日(注) 平成28年12月1日	開始年月日	平成28年12月1日	
住所	伊東市大原2丁目1番1号	認定の有効期間 平成28年12月1日～平成29年11月30日	終了年月日		
フリガナ	イトウ イチロウ	区分支給限度基準額	開始年月日		
氏名	伊東 市郎	居宅サービス等 1月当たり 5,003点	終了年月日		
生年月日	昭和22年 8月10日 男 *	サービスの種類	開始年月日		
交付年月日	平成28年12月 1日	種類支給限度基準額	終了年月日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	伊東市大原二丁目1番1号 伊東市 静岡県伊東市健康福祉部 高齢者福祉課 電話 0557-32-1563	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	伊東地域包括支援センター	届出年月日	平成28年12月1日
	2 2 2 0 8 3			届出年月日	
			種類	入所等年月日	
			介護保険	通所等年月日	
			施設等	入所等年月日	
			種類	通所等年月日	
			名称	通所等年月日	

(注) 事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

# 介護保険被保険者証【事業対象者】

要介護状態区分欄に『事業対象者』と記載されます。

介護保険被保険者証		事業対象者	内容	期	間
番号	9999999999	認定年月日(注) 平成29年4月1日	開始年月日	平成28年12月1日	
住所	伊東市大原2丁目1番1号	認定の有効期間	終了年月日		
フリガナ	イトウ イチロウ	区分支給限度基準額	開始年月日		
氏名	伊東 市郎	居宅サービス等	終了年月日		
生年月日	昭和22年 8月10日 男・女	サービスの種類	開始年月日		
交付年月日	平成29年 4月 1日	種類支給限度基準額	終了年月日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	伊東市大原二丁目1番1号 伊東市 静岡県伊東市健康福祉部 高齢者福祉課 電話 0557-32-1563	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	伊東地域包括支援センター	届出年月日	平成28年12月1日
	2 2 2 0 8 3			届出年月日	
			種類	入所等年月日	
			介護保険	通所等年月日	
			施設等	入所等年月日	
			種類	通所等年月日	
			名称	通所等年月日	

(注) 事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

チェックリスト実施日が記載されます。

伊東市介護予防・日常生活支援総合事業に関する事業所説明会【居宅介護支援事業所向け】  
(平成29年1月20日開催) 質問票

表 題		
具体的内容		
提出者	事業所名	
	連絡先	

提出締切 平成29年2月10日(金)

提出先 伊東市役所高齢者福祉課

E-mail : [kourei@city.ito.shizuoka.jp](mailto:kourei@city.ito.shizuoka.jp)

FAX : 0557-36-1165

伊東市介護予防・日常生活支援総合事業に関する事業所説明会【訪問介護・通所介護事業所向け】（平成29年1月25日開催）質問票

表 題		
具体的内容		
提出者	事業所名	
	連絡先	

提出締切 平成29年2月10日（金）

提出先 伊東市役所高齢者福祉課

E-mail : [kourei@city.ito.shizuoka.jp](mailto:kourei@city.ito.shizuoka.jp)

FAX : 0557-36-1165