

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 申請書

総社市長 様

新規・更新・変更 / 転入

次のとおり申請します。

										申請年月日				令和 年 月 日								
被 保 険 者	介護保険被保険者番号										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				明・大・昭 年 月 日							
	氏名										性別				男 ・ 女							
	住所										〒 -				電話番号							
	現在いる場所 (住民登録地と異なる場合)										・老人福祉施設 ・老人保健施設 ・療養型医療施設 ・ケアハウス ・医療機関入院 ・グループホーム ・有料老人ホーム ・その他()				入所(院)施設名等				入所(院)日 年 月 日			
	住所										〒 -				棟・部屋番号 電話番号							
	前回の要介護認定等の結果										要介護状態区分				要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5							
											有効期間				年 月 日から 年 月 日 認定日 年 月 日							
										※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日												

提出 代 行 者	氏名 または 事業所名										該当に○ [親族/代理人(続柄:)・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・ 指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院]									
	住所										〒 -				電話番号					

主 治 医	医療機関名										主治医氏名									
	住所										〒 -				電話番号					

○第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入(医療被保険証の写し添付)

特 定 疾 病 名	
-----------	--

○変更申請の場合のみ記入

変更申請の理由	(具体的な介護状況)
---------	------------

介護サービス計画の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の写しを居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者に交付し、又は提示することに同意します。

また、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要介護・要支援認定結果の写しを交付し、又は提示することに同意します。

また、更新申請については、有効期間内に要介護認定を行うことができる場合、申請日から30日を超えて認定を行う場合であっても延期通知を送付しないことに同意します。

本人氏名

代筆者()

※申請の際には、介護保険被保険者証を必ず添えてください。

【裏面もご記入ください。】

