

介護保険要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

関市長 様 次のとおり申請します。

調査日時		調査員
/	:	

被 保 険 者	被保険者番号												申請日	年 月 日		
	個人番号												生年月日	年 月 日		
	医 療 保 険	保険者名				保険者番号										
		被保険者 記号・番号		記号	番号				枝番							
	フリガナ												性 別	男・女	年 齢	歳
	氏 名															
	住 所		〒 電話番号（ ） －													
	現在の要介護 状態等の区分		要介護状態等の区分				要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5							
			有 効 期 間				年 月 日 ～ 年 月 日									
	施設・病院の入所・入院（過去6月間に入所・入院 の場合に記入（複数あるときは裏面に記入））				施設・病院の名称											
入所・入院の期間					年 月 日 ～ 年 月 日											
変更申請の理由（変更申請の場合に記入）																
認 定 調 査	調査場所		1 自 宅				2 自宅以外（ ）									
	同席者	有	フリガナ 氏名				（本人との続柄 ）									
		無	電話番号				（ ） － （日中に連絡可能なもの）									
注意事項		1 本人の前で話せないこと 有・無 2 その他（ ）														
主 治 医	医療機関名								氏名							
	所在地		〒 電話番号（ ） －													
第2号被保険者（40～64歳の医療保険加入者）のみ記入																
特定疾病名																
提 出 代 行 者	該当に○（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）															
	名称															
	所在地		〒 電話番号（ ） －													
介護（予防）サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護（要支援）認定に係る調査内容、主治医意見書並びに介護認定審査会による判定結果及び意見を関市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事する調査員に情報提供することに同意します。また、意見書を記載した医師が必要とするときは、介護認定審査会による判定結果及び意見を関市から当該医師に情報提供することに同意します。 要介護認定・要支援認定申請にあたり、担当職員が被保険者の医療保険被保険者番号等について確認することに同意します。 本人署名 代筆者署名 （本人との続柄 ） ※被保険者本人が署名してください。困難なときは、本人の同意を得て家族等が代筆してください。																
市記入欄		受付					保険証確認		済 ・ 未		パンフ・マップ		渡し済み・未			