

介護保険

〔要介護認定・要支援認定〕申請書
〔要介護更新認定・要支援更新認定〕

枕崎市長様

次のとおり申請します。

被	被保険者番号											個人番号											
	フリガナ											生年月日 (年齢)	明・大・昭 年 月 日 ()										
保	氏名											性別	男 ・ 女										
	住所 (住民登録地)	〒 - 電話番号																					
険	申請区分	新規 ・ 更新					内容					要介護認定 ・ 要支援認定											
	前回の要介護認定等の内容	*更新申請の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日										
者	要支援 1・2 からの変更理由	*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。 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) 「はい」の場合は申請日をご記入ください。 申請日 年 月 日											
者	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無(有・無)	介護保険施設等の名称・所在地										期間 R 年 月 日 ~ R 年 月 日											
		医療機関の名称・所在地										期間 R 年 月 日 ~ R 年 月 日											
※(連絡事項) 認定結果通知等の送付先が被保険者欄の住所と異なる場合等に送付先の宛名及び住所等を記入してください。																							
申 請 者	フリガナ 申請者氏名・事業所名											(被保険者との関係 :)											
	住所	〒 - 電話番号										該当に○ 地域包括支援センター・指定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・指定療養型医療施設・介護医療院											
調 査 に つ い て	フリガナ 連絡者氏名											被保険者との関係											
	立会者等付記事項	立会希望	有 ・ 無										訪問調査に対応 できない日時等										
	調査実施場所	本人宅 介護保険施設 医療機関等 その他の施設 本人宅以外																					
	調査先住所 (被保険者の現住所と異なる場合に記入。入院・入所中の場合は実施場所に○)	〒 -										施設名等											
主 治 医	氏名											医療機関名											
	医療機関所在地	〒 -										電話番号											

医 療 保 険	保険者名											保険者番号																					
	被保険者証	記号											番号											枝番									

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

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

介護サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、地域包括支援センター、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

(代筆)