

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
要介護認定変更
(要支援者の新規要介護認定を兼ねる)

申請書

洪川市長 様
次のとおり申請します。

		個人番号								世帯番号		
被保険者番号						申請年月日		年 月 日				
医療 保 険	保険者名					保険者番号						
	被保険者証	記号				番号				枝番		
被 保 者	フリガナ					生年月日	明・大・昭		年 月 日			
	氏 名					性 別						
保 険 者	住 所	〒				電話番号						
	現在の要介護 状態区分等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入	要介護状態区分		1	2	3	4	5	要支援状態区分		1
		有効期間		年 月 日		から		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」の場合、申請日 年 月 日										
最近の病院・介護保険 施設への入院・入所		有 無	病院・介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日					
		※認定変更申請の理由 (変更申請の場合のみ記入)										

提 出 代 行 者	申請者					本人との関係						
	申請者住所	〒				電話番号						
	事業者	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)										
		(担当者氏名) 電話番号 印										

主治医 (指定医)	医師氏名					医療機関名					
	所在地	〒				電話番号					

訪問調査希望日時等	同席 希望	有・無			訪問調査連絡先	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)のみ記入してください

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

※認定にかかる資料の提示の可否

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洪川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した調査員に提示することに同意します。

(本人氏名)

(代筆者)

※以下は未記入でお願いいたします (介護保険課処理欄)

被保険者証回収	資格者証発行	訪 問 調 査				
未・済 ()	未・済 ()	/ () : 調査員() 立会()				
意見書区分	システム入力		受付	本所	行セ	サービス緊急性
	実行	医師	調査			有・無
	()					

<備考欄>