

太枠で囲んだ枠内を記入してください

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

介護保険被保険者証の番号を記入してください

介護保険

渋川市長様
次のとおり申請します。

個人番号		世帯番号	
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	申請年月日	00年00月00日
医療保険 被保険者証	記号	番号	枝番
	渋川市	100081	00
フリガナ	シカ タロ	生年月日	(明)大・昭 45年1月1日
氏名	渋川 太郎	性別	男
住所	〒377-0008 渋川市渋川 番地	電話番号	0279-00-0000

本人電話番号

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 2
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期間	年 月 日	年 月 日	
代行者記入(家族等)	転出元自治体(市町村)名[]	現在または最近、病院・介護保険施設に入院・入所している(していた)場合は、記入してください			
	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請(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 年 月 日			

最近の病院・介護保険施設への入院・入所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病院・介護保険施設の名称等・所在地	病院 渋川市×××番地	期間	00年00月00日 ~ 00年00月00日
---------------------	--	-------------------	-------------	----	-----------------------

※認定変更申請の理由(変更申請の場合のみ記入)

申請者	渋川 花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒377-0008 渋川市渋川 番地	電話番号	0279-00-0000
事業者	この欄は事業者の方のみ記入してください		

主治医(指定医)	医師氏名	群馬 一郎	医療機関名	病院
	所在地	〒377-×××× 渋川市×××番地	電話番号	0279-××-××××

訪問調査希望日時等	<input checked="" type="checkbox"/> 同席希望 <input type="checkbox"/> 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	調査に同席を希望するか、同席の場合に都合の悪い日時や曜日を記入してください	調査の日時などを連絡する際の電話番号を記入してください
-------	---------------------------------------	-----------------------------

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渋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) 渋川 太郎
(代筆者) 渋川 花子

※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
	実行	医師	調査		サービス緊急性
	()				有・無

<備考欄> ご同意いただける場合はご署名ください