

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

申請書

介護保険被保険者証の
番号を記入してください。

次のとおり申請します。

申請年月日

元号0年0月0日

被 保 者	介護保険被保険者番号	0123456789	個人番号				
	医療保険	保険者名	澁川市		保険者番号	100081	
	被保険者記号・番号	記号	澁国	番号	000-00000	枝番	00
	フリガナ	シブカワ タロウ		生年月日	昭和35年12月 5日		
	氏名	澁川 太郎		性別	男		
	住所	〒 377-0008 澁川市澁川000番地00		電話番号	0279-00-0000		
	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護1				
		有効期限	元号0年0月0日		から	元号0年0月0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					
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地 医療機関等の名称等・所在地 〇〇病院 澁川市澁川×××番地 期間 元号0年0月0日 ~ 3週間(予定)					
提出代行者	名称	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・介護医療院) 居宅介護支援事業所〇〇〇 澁川 花子(担当CM)					
住所	〒 377-0008 澁川市澁川000番地00		電話番号	0279-00-0000			
主治医	主治医の氏名	群馬 一郎		医療機関名	〇〇病院		
	所在地	〒 377-0008 澁川市澁川000番地00		電話番号	0279-00-0000		

現在または半年以内に介護保険施設・病院
に入所・入院している(していた)場合は、
記入してください。

本人以外の申請の
場合は、記入してく
ださい。

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) 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、主治医意見書、澁川市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、澁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、地域包括支援センター、施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査員(介護支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。) ことに同意します。

ご同意いただける場合は
ご署名ください。

(本人氏名)
(代筆者)

【市処理欄】

被保険者証回収 未 済 受付者
 資格者証発行 未 済 ()
 意見書区分 (/)