

連番 \_\_\_\_\_

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

(宛先) 各務原市長 次のとおり申請します。

市	前回 ( _____ )	調査	
		意見書	

新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入

この申請は、第三者行為 (交通事故等) が原因ですか。 いいえ・はい 【事故発生日 年 月 日】

被 保 険 者	被保険者番号	_____	申請日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	個人番号	_____	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)
	フリガナ	_____	性別	男 ・ 女
	氏 名	_____	住 所	〒 _____ 電話番号 ( _____ ) _____
	住 所	_____	現在の要介護認定の結果等 (更新・変更申請時のみ記入)	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 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで
	状態変化の様子 (変更時のみ記入)	_____		
	医療機関	_____	主治医の氏名	_____

主治医	所在地	〒 _____ 電話番号 ( _____ ) _____
	受 診	最終受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 通院 退院予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 入院中
	申請者名	本人との関係 _____

申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ _____ 電話番号 ( _____ ) _____ 〒 _____
-------	--

提出代行者名称及び住所	該当に○をつけてください。(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・小規模多機能型居宅介護施設・その他 ( _____ )) 〒 _____ 電話番号 ( _____ ) _____ 印 担当者名 _____
-------------	---

私は、介護 (予防) 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 (要支援) 認定申請に係る調査内容、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、各務原市が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、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。  
(更新申請の場合のみ)  
私は、認定が申請から30日以内にされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することを承諾します。  
※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た上、家族等が署名してください。

本人署名	_____	代筆者署名	_____
------	-------	-------	-------

以下は、2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) のみ記入し、申請時に医療保険証の写しを添付してください。

特定疾病名	_____	受付日・受付者	資格者証の受取者名
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 未記入	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 2点 <input type="checkbox"/> 保険証 (介・医) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )

メモ	_____
----	-------

裏面から記入