

延期	まで	調査	
通知	まで	意見書	

連番

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

新規・更新・変更・転入

(あて先) 各務原市長 次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号							申請日	平成 年 月 日
	フリガナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名								(歳)
	住所	〒 — 電話						性別	男 ・ 女
現在の要介護状態区分(認定結果等) <small>(更新変更時のみ記入)</small>	要介護状態区分	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				要支援状態区分	1 ・ 2		
状態変化の様子 <small>(変更時のみ記入)</small>	有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日							
調査場所	1. 自宅 2. 医療機関 3. 介護保険施設 4. ケアハウス 5. グループホーム 6. その他 〒 — (退院等予定日 月 日頃) 電話								
主治医 <small>(申請の原因となる傷病の担当医)</small>	医療機関名					主治医の氏名			
	所在地	〒 — 電話							
	最終受診日	平成 年 月 日 通院/入院中							
申請者氏名 <small>(提出代行者) 提出代行者のみ押印</small>	1. 家族 2. 居宅介護支援事業者 3. 介護保険施設 4. その他()						本人との関係		
申請者住所	〒 — 電話						担当者()		
調査立会人 氏名					本人との関係	自宅・勤務先・連絡先・携帯(常時・昼・夜) 電話			
立会人住所	〒 —								
<p>介護(予防)サービス計画を作成するために必要がある時は、要介護(要支援)認定申請に係る調査内容、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果・意見を各務原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、介護保険施設に勤務する職員、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員に情報提供することに同意します。</p> <p>また、意見書を記載した医師が必要とする時は、審査会による判定結果・意見を当該医師に情報提供することに同意します。</p>									
本人署名				代筆者署名					
注、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。									

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入。申請時に医療保険証を持参するか、写しを添付してください。

特定疾病名	
-------	--

日付・窓口受付者	資格者証の受取者氏名

