

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(新規)

安芸高田市長 様

次のとおり申請します。

申請者 (被保険者)	介護保険 被保険者番号		申請年月日	申請年月日 年 月 日			
	医療 保険	保険者名	個人番号				
		被保険者証	記号	保険者番号			
				番号	枝番		
	※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、 該当する特定疾病名をご記入ください			該当する 特定疾病名			
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年	月 日	
	氏 名		性 別	男	・	女	
	住 所	〒 -		電話番号 () -			
	(現在、上記 住所以外に いる場合、 記入)	① <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所している (地域密着型介護老人福祉施設を含む)	施設・病院等の 名称(病室等)	(階 室)			
		② <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関へ入院している ③ <input type="checkbox"/> その他施設へ入所している ④ <input type="checkbox"/> その他(家族宅に滞在している等)	左記の住所及び 電話番号	電話番号 () -			
前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	非該当 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	有効期間	年 月 日から (入院・入所・滞在) 今後 月 日頃自宅に戻る予定			

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、転出先自治体に要介護・要支援認定の申請中ですか。(すで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(申請日 年 月 日) ・ いいえ
---------------------------	---

窓口 に来た人	<input type="checkbox"/> 本人					
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人の氏名	本人との関係 ()			
		住 所	〒 - 電話番号 () -			
	委任状 (代理人が、 家族以外の 場合、必要 です)	上記の者がこの要介護等認定・要介護等更新認定申請書を提出することについて委任します。				
		被保険者住所	※ 代筆の場合 本人との関係 ()			
	氏 名	印	代筆者氏名			
<input type="checkbox"/> 提出代行	該当に○ (地域包括支援センター ・ 指定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) 事業所名称・所在地					

主治医 (意見書の記載を 依頼する医師)	医師名	医療機関名
	所在地	〒 - 電話番号 () -

認定調査時等の連絡先・同席についてご記入ください。

連絡 先	氏 名	(認定を受ける人との関係)	調査時の同席 希望する ・ 希望しない
	住 所	〒 - 電話番号 () -	

介護サービス計画又は介護予防サービス(介護予防ケアマネジメント)計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、安芸高田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、地域密着型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に提示することに同意します。

本人氏名

※ 添付書類 介護保険被保険者証(紛失された場合は、介護保険被保険者証等再交付申請書を添付してください)

※ 安芸高田市記入欄 システム入力 被保険者証返還 医療保険確認 2号資格