

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 (新規・更新・転入)

あきる野市長 様

次のとおり申請します。

◎ 介護保険被保険者証を添付してください。(40歳から64歳の新規申請者を除く)

被 保 險 者	申請日				令和 年 月 日					
	被保険者番号				個人番号					
	医療 保険	保険者名				保険者番号				
		被保険者証		記号		番号		枝番		
	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 () _____					
	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		要介護状態区分 1 2 3 4 5			要支援状態区分 1 2		
					有効期限 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日					
			14日以内に 地方自治体か 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) 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日			
過去6月間の介 護保険施設・医 療機関等の入 所・入院の有・無 (短期入所を除		有 ・ 無		名 称		期 間 年 月 日 ~ 年 月 日				
				所 在 地		現在入院中 ・ 退院予定有 年 月 日				

主 治 医	医療機関名		主治医	
	診療科目名		直近の受診日 令和 年 月 日	
	所 在 地		〒 _____ 電話番号 () _____	

提出代行者	名 称		※該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)	
	住 所		〒 _____ 電話番号 () _____	

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、及び主治医意見書を、あきる野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。また、認定結果が非該当・要支援1・要支援2のときは、あきる野市から地域包括支援センターに結果を伝えることに同意します。

本人氏名 _____ (代筆者氏名) _____

◎認定調査に立ち会いされる方の連絡先を記入してください。

住所

氏名

電話

本人との関係

事 務 局 使 用 欄	受付者	案 内	保険証	申 請	意見書	認定調査	備 考
		① ②+意見書	回 収 未回収	入 力	入 力	入 力	