

34202

021

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・2号）

呉市長様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 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 記号・番号	記号			番号			枝番	
	フリガナ					性別	元号	生年月日	年齢	
	氏名					<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	<input type="checkbox"/> 1明治 <input type="checkbox"/> 2大正 <input type="checkbox"/> 3昭和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 歳	
	住所	〒 -				電話番号 ()				
	現在(前回)の要介護 状態区分(認定結果)等	要介護()・要支援()		有効期間	年 月 日～ 年 月 日					
		※14日以内に 他自治体から 転入した者	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) はい・いいえ						
	変更申請の理由 (変更時のみ記入)									
		★ 介護サービスを利用中の場合、担当ケアマネジャーへの連絡はしていますか。 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				入所 年 月 日～ 年 月 日					
	医療機関等の名称等・所在地				入院 年 月 日～ 年 月 日					

申請者氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者に同じ	本人との関係	
提出代行者 名	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)		
申請者 住所 提出代行者	※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 〒 - 電話番号 ()		

主治医	医療機関名			主治医の氏名		最終受診日	年 月 日
	所在地	〒 -		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	
-------	--

受付印	1) 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び高齢者福祉サービス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、呉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、呉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、介護保険施設、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サービス事業者の関係人、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に従事した調査員に提示する(地域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。		
	2) (更新申請の場合)申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。		
被保険者証 回収・紛失届(有無)	本人氏名 (自署もしくは代筆)	代筆者氏名	続柄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※認定調査確認表

調査対象者	フリガナ				
	氏名				
訪問調査場所 <small>※住民票の住所と同じ場合は、記入不要です</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 (家族の家を含む)	〒	—	電話番号	()
		調査員訪問時の駐車場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院	〒	—	電話番号	()
		施設名 (病院の場合は病棟まで記入してください)			
		<input type="checkbox"/> 退院・退所予定	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 退院日未定	
立会人連絡先 <small>*日中連絡が取れる番号</small>	立会人	①	続柄	電話番号	()
		②	続柄	電話番号	()
調査を希望する曜日・時間帯等 <small>(日にちの指定はありません)</small>	月・火・水・木・金 曜日	午前・午後	:	～ 午前・午後	:
	月・火・水・木・金 曜日	午前・午後	:	～ 午前・午後	:
	月・火・水・木・金 曜日	午前・午後	:	～ 午前・午後	:
調査員に特に伝えておきたいこと					
現在利用中のサービスの状況(具体的に)					
その他連絡事項					
★連絡先となる担当者名			要支援の場合委託先の事業所名		

事業対象者について	<input type="checkbox"/> 現在事業対象者である	<input type="checkbox"/> 同日事業対象者申請あり
-----------	-------------------------------------	--------------------------------------