

市町村コード

被保険者番号

帳票ID

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)

呉市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者氏名												本人との関係									
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	※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 〒 ー 電話番号 ( )																				
被 保 険 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														
		被保険者証 記号			番号			枝番													
フリガナ											性別	元号	生年月日			年齢					
被保険者氏名											<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳
住 所											〒 ー 電話番号 ( )										
調査実施場所 (住所と違う場合)											【住所及び病院等施設名】 電話番号 ( )										
立会人等連絡先											立会人等 続柄			電話番号 ( ) *日中連絡が取れる番号を記入してください							
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」の場合、申請日 年 月 日					はい・いいえ			
変更申請の理由 (変更時のみ記入)											<input type="checkbox"/> 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										
介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く)											有・無		【入所施設名】								
主 治 医											医療機関名			主治医の氏名							
											〒 ー			電話番号 ( )							
											所 在 地										
※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入											<input type="checkbox"/> 医療保険証(コピー)の添付										
特 定 疾 病 名																					
受 付 印 新・更・変・2号											情報提供に係る本人の同意確認欄										
											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、及び主治医意見書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。										
被保険者証 回・未											本人氏名			代筆者氏名			続柄				
											(自署もしくは代筆)										
											代筆者住所										
連絡事項(サービス利用日時等)																					
担当者氏名																					