

介護保険 [新規・更新・状態変更] 申請書 (要介護認定・要支援認定)

館林市長様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年		月	日						
被 保 険 者	被保険者番号						個人番号					
	フリガナ						生年月日	明治・大正・昭和				
	氏名						性 別	男・女				
	住 所	〒					電話番号	()				
保 険	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					年 月 日 から 年 月 日				
	*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					
変更申請の理由												
者	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	介護保険施設の名称等・所在地					期間					
		医療機関等の名称等・所在地					期間					
	医療保険者名						保険者番号					
	被保険者証記号番号枝番											

主 治 医	医療機関名	(内科・整形・脳外・科)				主治指定 医師名		
	住 所	〒						電話番号

申 請 書 を 提 出 さ れ た 方	本人または家族等	氏名			本人との関係	本人・()		
	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・□介護老人福祉施設・□介護老人保健施設・□介護療養型医療施設・□介護医療院・□地域密着型介護老人福祉施設)					
	住所等を記入	〒						電話番号

2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	脳血管疾患・関節リウマチ・その他 ()	
-----------	----------------------	--

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、保険者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。

本人氏名

面 接 調 査 日 程 等 の 連 絡 先	フリガナ	本人との関係		面接調査の同席 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし	
	氏名			同席者 (該当者に☑)	<input type="checkbox"/> 左記の方・ <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他の方(下に記入してください)
	※電話	1	自・勤・携・他 ()	フリガナ	本人との関係
		2	自・勤・携・他 ()	氏名	
備考	(勤務先名)				
	連絡が取れる日時は 月・火・水・木・金の () 時 ~ () 時 または いつでも大丈夫				

市記入欄	受付者	保険証押印	申請入力	意見書発送日	/	調査書発送日	/	審査予定日	/
------	-----	-------	------	--------	---	--------	---	-------	---

要介護認定・要支援認定に係る同意事項

※ 同意項目の□に✓を記入してください ※

- 施設や病院等内で訪問調査を実施する場合は、調査員が施設や病院等の職員から、被保険者の心身状況等について確認することに同意します。
- 訪問調査で立会者がいない場合等、必要があるときは、介護サービス事業所の関係者等から被保険者の心身状況等について確認することに同意します。

(更新申請の場合)

- 更新申請に係る要介護・要支援認定が認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該認定に要する日数が30日を超えてなお要する期間及びその理由の通知を省略することに同意します。

《本人氏名》 _____

《代筆者氏名》 _____ (続柄) _____

要介護認定・要支援認定に係る確認事項

※ わかる範囲で、該当する□に✓や記入をしてください ※

○医療機関（主治医）

1. 受診頻度 1か月に1回以上 1か月に1回未満 入院・入所中
 その他 (_____)

2. 最終受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 3. 受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 他受診医療機関（申請書記入の医療機関以外） _____

(申請代行事業者の場合) 担当者氏名 _____

(更新申請の場合) 現在の居場所（自宅・病院・施設にいる方は記入不要）

住 所 _____ 電 話 _____