

介護保険 新規認定・更新・区分変更 申請書
(要介護認定・要支援認定)

群馬県館林市長 多田 善宏 様

次のとおり申請します。

申請年月日

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|----|--|----------|----|----|--|
| 被 保 險 者 | 介護保険被保険者番号 | 0 0 0 0 0 * * * * * 個人番号 | | | | | | | |
| | 医療保険 保険者名 | 〇〇健康保険組合 | | | 保険者番号 | ***** | | | |
| | 被保険者 記号・番号 | 記号 | ***** | | 番号 | ***** | 枝番 | ** | |
| | フリガナ | タテバヤシ タロウ | | | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日 | | | |
| | 氏名 | 館林 太郎 | | | 性別 | 男 | | | |
| | 住所 | 〒374-***** 群馬県館林市〇〇町1番1号 電話番号0276-***-**** | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | |
| | | 有効期限 | から | | | | | | |
| | | ※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 「はい」の場合、申請日 | | | | | | |
| | 過去6ヶ月間の 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 | | | | 期間 | ～ | | |
| 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | | 期間 | ～ | | | | |
| 医療機関等の名称等・所在地 〇〇病院 | | | | 期間 | 〇年〇月〇日～〇年〇月〇日 | | | | |
| 有・無 | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | 代行者が家族の場合は、続柄を記載してください。 代行者が施設職員の場合は、該当種別に○をつけてください | | | | |
| 提出代行者 | 名称 | 該当に〇(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・介護付加型保健施設・訪問介護事業者)を記入 城町 花子 続柄:長女 | | | | | | | |
| | 住所 | 〒374-***** 館林市〇〇町2番2号 電話番号0276-***-**** | | | | | | | |
| 主治医 | 主治医の氏名 | 群馬 一郎 | | | 医療機関名 | 〇〇病院 | | | |
| | 所在 | 〒374-***** 館林市〇〇町456番地 | | | 電話番号0276-***-**** | | | | |

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、館林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。

本人氏名 館林 太郎

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》 館林 太郎

《代筆者氏名》 城町 花子 (続柄) 長女

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 令和〇年〇月〇日 3 受診予定日 令和〇年〇月〇日

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 _____

| 面接調査日程等の連絡先 | フリガナ 氏 名 | シロマチ ハナコ 城町 花子 | 続柄 長女 | 面接の同席 | | □ あり · □ なし |
|--|-------------|-----------------------------------|-----------------|-------------|--|-------------|
| | | | | 同席者 | <input checked="" 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 | ① 090-****-**** ② 0276-**-**** | | フリガナ 氏 名 | | 続柄 |
| 備考：火曜、金曜は定期通院等で日中は電話が繋がりにくくなっています。 | | | | | | |
| 連絡がとれる日時は () 時～() 時 または いつでも大丈夫 | | | | | | |

| | |
|-----|--|
| 受付者 | |
|-----|--|