

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 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										生年月日					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					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 「はい」の場合、申請日 年 月 日									
	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					期間 年 月 日～ 年 月 日									
											介護保険施設等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日									
医療機関等の名称等・所在地											期間 年 月 日～ 年 月 日														
有・無											医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日									

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)									
	住所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名						医療機関名					
	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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、主治医意見書、館林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、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、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。

本人氏名

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 _____ 3 受診予定日 _____
- 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		続柄	面接の同席	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
				同席者	<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 _____ ② _____		フリガナ氏名	続柄
	備考:	連絡がとれる日時は () 時～ () 時 または いつでも大丈夫			

受付者	
-----	--