

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(新規用)

安芸高田市長 様  
次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日		
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		
※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、 該当する特定疾病名をご記入ください		該当する 特定疾病名			
申請者 (被 保 険 者)	フリガナ	生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	氏 名	性 別	男 ・ 女		
住 所	〒 -		電話番号 ( ) -		
(現在、上記 住所以外に いる場合、 記入)	① <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所している (地域密着型介護老人福祉施設を含む)	施設・病院等の 名称(病室等)	( 階 室)		
	② <input type="checkbox"/> 医療機関へ入院している ③ <input type="checkbox"/> その他施設へ入所している ④ <input type="checkbox"/> その他(家族宅に滞っている等)	左記の住所及 び電話番号	電話番号 ( ) -		
		年 月 日から ( 入院・入所・滞在 ) 中	今後 月 日頃自宅に戻る予定		
前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	非該当 要支援( 1・2 ) 要介護( 1・2・3・4・5 )			
	有効期間	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、転出先自治体に要介護・要支援認定の申請中ですか。(すで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( 申請日 年 月 日 ) ・ いいえ
---------------------------	---

窓 口 に 来 た 人	<input type="checkbox"/> 本人				
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人の氏名	本人との関係 ( )		
	委任状 (代理人が、 家族以外 の場合、必要 です)	住 所	〒 - 電話番号 ( ) -		
		上記の者がこの要介護等認定・要介護等更新認定申請書を提出することについて委任します。 被保険者住所	※ 代筆の場合 本人との関係 ( )		
<input type="checkbox"/> 提出代行	氏 名	印	代筆者氏名		
		該当に○ (地域包括支援センター・指定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・指定介護療養型医療施設) 事業所名称・所在地			

主治医 (意見書の記載を 依頼する医師)	医師名	〒 -		医療機関名	
	所在地	電話番号 ( ) -			

認定調査時等の連絡先・同席についてご記入ください。

連 絡 先	氏 名	(認定を受ける人との関係 )	調査時の同席
	住 所	〒 -	希望する・希望しない
		電話番号 ( ) -	

介護サービス計画又は介護予防サービス(介護予防ケアマネジメント)計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、安芸高田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に提示することに同意します。

本人氏名

※ 添付書類 介護保険被保険者証(紛失された場合は、介護保険被保険者証等再交付申請書を添付してください)

※ 安芸高田市記入欄  システム入力  被保険者証返還  医療保険確認  2号資格