

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(更新用)

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	左記の住所及び電話番号		電話番号 () -			
	③ <input type="checkbox"/> その他施設へ入所している			年 月 日から (入院・入所・滞在) 中 今後 月 日頃自宅に戻る予定			
④ <input type="checkbox"/> その他(家族宅に滞在中)							
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			

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 ()	
		住 所	〒 -			電話番号 () -	
	委任状 (代理人が、家族以外の場合、必要です)	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 ()	
	氏 名	印	代筆者氏名				
<input type="checkbox"/> 提出代行	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						
訪問調査受託の可否(居宅介護支援事業所・介護保険施設のみ) (可・否)							

主治医	医師名	〒 -		医療機関名		
(意見書の記載を依頼する医師)	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者、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。また、現在の有効期間内に認定を行うことができるときは、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略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