

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		
		個人番号				
申請者 (被保険者)	介護保険 被保険者番号					
	医療 保険	保険者名		保険者番号		
		被保険者証		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		
	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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他施設へ入所している				
④ ☐ その他(家族宅に滞在している等)						
		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	☐ 本 人				
	☐ 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		
☐ 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				

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	〒 - 電話番号 () -	希望する ・ 希望しない

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