

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。

申請者 (被保険者)	被保険者番号		申請年月日	年 月 日	
	フリガナ		個人番号		
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
			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					
④ <input type="checkbox"/> 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	平成 年 月 日 から 平成 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 平成 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 ()	
		住 所	〒 -	
	<input type="checkbox"/> 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	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			

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() -	

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、加入している医療保険・該当する特定疾病の状況についてご記入ください

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
該当する特定疾病名	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要なときは、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、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