

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
次のお通り申請します。

		申請年月日	平成	年	月	日										
被 保 険 者	被保険者番号						個人番号									
	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(家族宅に滞在している等)	左記の住所及 び電話番号					電話番号 () -								
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) 経過的要介護 要介護(1・2・3・4・5)					有効期間	平成	年	月	日	から	平成	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	()				
	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	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・指定介護療養型医療施設) 事業所名称・所在地						氏 名	印	代筆者氏名				

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、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

※ 安芸高田市記入欄 資格者証発行 保険証返還 2号資格
 システム入力 保険証返還入力