

介護保険

(要介護認定・要支援認定申請書
要介護更新認定・要支援更新認定)

香美市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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 (_____)																
	現住所 (調査先住所)	〒 _____ 電話番号 (_____)																
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					経過的要介護					要支援状態区分 1 2						
	*要介護・要支 援更新認定の場 合のみ記入	有効期間 _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日																
介護保険施設 ・医療機関等 入院・入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地									期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日								
	医療機関等の名称等・所在地									期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日								
有・無																		

提 出 代 行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・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・指定介護療養型施設) ⓐ															
	住所	〒 _____ 電話番号(_____)															

主 治 医	主治医の 氏名										医療機関名							
	所在地	〒 _____ 電話番号 (_____)																

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号						
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・要支援認定にかかる調査内容、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香美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。また、介護費用の適正化を図るために、医療情報と介護保険情報を相互提供し、突合することに同意します。

被保険者氏名 _____

(代筆者名 _____ 印) (続柄 _____)

※更新申請の場合のみ記入

延期通知書の送付希望 (希望される場合は「有」 を○で囲んでください。)	有・無
--	-----

訪問調査時の家族立会について

家族立会希望の有無	立会希望者 連絡可能時間帯	(_____ ; _____)	電話番号	_____
有 ・ 無	備考			