

新規・区分変更申請 専用

表面

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

廿日市市長 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	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男・女												
	氏名																													
	住所	〒										電話番号() -																		
	入院、入所中の場合は必ずご記入	病院名 施設名 〒										電話番号() -																		
前回の認定結果等	要介護 1・2・3・4・5 有効期間: 年 月 日										要支援 1・2 から 年 月 日										事業対象者 まで									

主治医	医療機関名											診療科名										
	主治医名											意見書作成	口主治医了承済み									
	所在地	〒										電話番号() -										

提出代理人	氏名											本人との関係										
	住所	〒										電話番号() -										

提出代行者	種別 ※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 指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院										担当										
	名称・住所	名称 〒										電話番号() -										印

● 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみご記入下さい。

医療保険者名											医療保険被保険者 記号番号										
特定疾病名																					

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、主治医意見書、及び利用者負担割合を廿日市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: 代筆者氏名: 本人との関係:

裏面の太枠内(認定調査連絡票)もご記入下さい。

<職員記入欄>

証回収	直営調査	委託調査										申請受付者	チェック①		
回収 紛失 調査時回収	本 庁	名称											依頼日		受付印
	支 所												/		
		()	連絡先											窓口・電話()	

裏面

認定調査連絡票

＜以下、職員記入欄＞

病院・施設への調査日連絡		確認票の判定確認
☐ 連絡していない ☐ 連絡済(/) ☐ 申請者・同席者から連絡	☐ 確認済	
調査日程		
☐ 未確定 ☐ 確定【調査員： 日程： / AM (:) ・ PM (:)】		