

介護保険(要介護・要支援)認定申請書 新規・更新・区分変更・転入 (該当するものに○印をつけてください。)

桜川市長 様 次のとおり申請します。

※太枠内の必要事項を記入してください。

申請年月日

年 月 日

被保険者(認定を受けようとしている方)	被保険者番号				個人番号				
	医療保険	保険者名				保険者番号			
		被保険者証		記号	番号		枝番		
	フリガナ氏名		生年月日				年 月 日		
			性別		男 ・ 女				
	住所		〒						
	現在(最終)の要介護認定区分		※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2		
区分変更申請の場合は理由を記入		※14日以内に他市町村から転入した方のみ記入		転入前市町村名 [] 現在、転入前市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果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 ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日					
入院・入所(該当に○印)	施設又は病院等	名称			期間	年 月 日から			
		住所				年 月 日頃			
		名称				年 月 日から			
		住所				年 月 日頃			

主治医	氏名			医療機関名			
	所在地	〒			電話番号	最終診察日	年 月 日

●40歳から64歳までの人のみ記入して下さい。必ず医療保険被保険者証のコピーを添付して下さい。

特定疾病名							
-------	--	--	--	--	--	--	--

提出代行者(窓口来庁者)	該当に○ ・ 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業者 ・ 介護保険施設等 ・ 介護療養型医療施設 ・ 介護医療院 ・ その他 ()						
	名称・住所	〒		氏名	電話番号		

現在利用中又は希望するサービス							
調査を希望する日	月	火	水	木	金	指定なし	立会い 有 ・ 無
訪問調査日程の連絡先	氏名			被保険者との関係 ()			
	電話番号						

受理年月日			
-------	--	--	--

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、及び主治医意見書を、桜川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

意見書	保険証	個人番号確認	保険料未納
手渡し ・ 郵送	回収 ・ 未収	有 ・ 無	有 ・ 無