

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

(新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入)

真庭市長様

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号											申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名											年 齢	歳	性 別	男・女	
	住 所	〒										電話番号	-	-		
	前回の要介護認定の結果等 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 経過的要介護 要支援状態区分 1 2										有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日				
		変更申請の理由 変更の場合のみ記入														
現在の 状況 (該当に)	1. 住所地で生活		1. 独居 2. 夫婦のみ 3. 同居あり 4. その他													
	2. 入所(短期入所)している		所在地											退所・退院予定日		
	3. 入院している		医療機関名											年 月 日		
	4. 住所地以外で生活		連絡先住所											続柄		
		連絡先氏名											電話番号	-	-	

提出 代 行 者	名 称											印	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			
	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															
特定疾病名															

調査日程等	調査希望日及び曜日があれば記入して下さい	調査 立会者	有	利用サービスの希望等 (その他特記事項)
			無	

重要事項(同意事項ですので、よくお読み下さい。)

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、真庭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、介護保険施設等の関係人、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、又はその写しを交付することに同意します。

本人氏名

代 筆