

介護保険（要介護・要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書

新規	更新

御前崎市長 様

次のとおり申請します。

※医療保険の被保険者証の写しを添付して申請して下さい。

被保険者 (介護等を要する者)	申請年月日	令和 年 月 日																													
	介護保険被保険者番号	0	0	0	0									個人番号 (マイナンバー)																	
	医療保険者名称													医療保険者 番号																	
	医療保険被保険者証 フリガナ	記号													番号													枝番			
	氏 名													生年月日	大正・昭和 年 月 日												性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒 ー												電話番号																	
	訪問調査先 (上記住所と異なる 場合のみ記入)	※病院・施設名、住所等												電話番号																	
	前回の 要介護認定 の結果等	要支援 1 2												要介護 1 2 3 4 5																	
		有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																													
		※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入												転出元自治体(市町村)名 () 現在、転出先自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に結果通知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 令和 年 月 日																	
過去6ヶ月間の 介護保険施設・ 医療機関等入所入院 の有無(該当に○)	名称等・所在地												期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																		
有・無	名称等・所在地												期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																		

申 請 者	フリガナ													被保険者から みた関係												
	申請者氏名																									
	住 所	〒 ー												電話番号												
日中の連絡先	平日の昼間に確実に連絡の取れる電話番号(携帯電話・勤務先など) 電話番号																									

調査の立会い者 (該当に○)	申請者	被保険者から みた関係	家族 ()
	申請者以外	(該当に○)	施設職員・病院職員・ケアマネジャー その他 ()

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・介護医療院)
電話番号	

主 治 医	フリガナ 主治医の氏名													医療機関名												
	所 在 地	〒 ー												電話番号												
	被保険者の最近の受 診日、または予定日	令和 年 月 日												※入院中の場合は記入不要												

第2号被保険者(40歳から64歳)の方は、特定疾病名を必ず記入してください。

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の作成等介護保険事業の適正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、御前崎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。

現在の認定有効期間内に更新認定が行われるときは、要介護認定・要支援認定延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名 (代筆者氏名)

御前崎市記入欄

調査日	月 日 ()	システム	R	J	責 任 者 証	保 険 証	保 険 料	管 理 簿
調査時間	:				済 ・ 未	済 ・ 未	無 ・ 有	
調査場所								
調査員								

