

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

伊予市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 変更 (<input type="checkbox"/> 区分変更 (要介護の方) <input type="checkbox"/> 要介護新規 (要支援の方))										
被 保 険 者	介護保険 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						生年月日		大正・昭和		年 月 日	
	氏 名						性別		男 ・ 女			
	住 所		〒									
			電話番号									
	前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1・2・3・4・5					要支援状態区分 1・2				
			有効期間					年 月 日 から 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、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定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 年 月 日									
過去6月間の介護保 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						
						年 月 日～ 年 月 日						
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地				期 間						
						年 月 日～ 年 月 日						
						年 月 日～ 年 月 日						

申 請 書 提 出 者	①代 行 事 業 者	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					
		名 称						
	①以 外	住 所	〒				電話番号	
		氏 名 名 称				本人と の 関係		
	住 所	〒				電話番号		

主 治 医	主治医氏名				医療機関名		
	所 在 地	〒			電話番号		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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、介護認定調査会による判定結果・意見及び主治医(指定医)意見書、伊予市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、伊予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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。要介護(支援)認定の更新申請の場合で、現在受けている要介護(支援)認定の有効期間内に要介護(支援)認定を行うことができるときは、当該認定が更新申請の日から30日を超える場合であっても、市が認定の延期に係る通知を省略することに同意します。要介護認定・要支援認定に係る調査実施のために前回の調査内容を認定調査に従事する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

続柄

