

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

狛江市長 あて
次のとおり申請します。

申請区分

1. 新規 2. 新規（要支援⇔要介護への変更） 3. 更新
 4. 区分変更（要支援⇔要支援、要介護⇔要介護） 5. 転入継続

個人番号

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号				保険者番号			
	医療保険	保険者名			保険者番号			枝番
		被保険者記号・番号	記号		番号			
	フリガナ				性別 <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女			
	氏名				生年月日 年 月 日			
	住所 (住民票上)				電話番号 ()			
現在の 居住場所				<input type="checkbox"/> 自宅(同上) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 電話番号 ()				

主 治 医	医療機関名		診療科		科	
	医師氏名		直近の 診察日	月 日	次回の 診察日	月 日
	所在地		電話番号 ()			

提 出 代 行 者	被保険者との 関係	<input type="checkbox"/> 1. 家族 続柄 () <input type="checkbox"/> 2. 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 3. 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 4. 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5. 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 6. その他 ()				
	氏名・名称					
	住所	〒 電話番号 ()				

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入し、医療保険被保険者証（写）を必ず添付してください。

特定疾病名	
-------	--

申請区分2又は4の場合のみ記入

変 更 申 請 の 理 由	<input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく悪化 <input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく改善 <input type="checkbox"/> その他
	※具体的に記入（いつからどのように身体状態・認知症状が変わったか、それによる介護の手間など）

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狛江市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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 _____

◆認定結果、その他介護保険関係通知（保険料含む）送付先の変更を希望される場合のみ記入 〒 _____ <input type="checkbox"/> 提出代行者と同じ住所 氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____ <input type="checkbox"/> 今回の認定結果のみ <input type="checkbox"/> 今後の介護保険関連通知全部	◆調査立ち会い希望 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 調査立ち会い希望される方の 氏名 _____ 続柄 _____ 日中の連絡先 _____
--	--