

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

狛江市長 あて
次のおり申請します。

- | | | | | | | |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------|
| 申請区分 | <input type="checkbox"/> | 1. 新規 | <input type="checkbox"/> | 2. 新規（要支援⇔要介護への変更） | <input type="checkbox"/> | 3. 更新 |
| | <input type="checkbox"/> | 4. 区分変更（要支援⇔要支援、要介護⇔要介護） | <input type="checkbox"/> | 5. 転入継続 | | |

	個人番号	
被保険者番号	申請年月日	年 月 日
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	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、主治医意見書、狛江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人が取得した心身の状況等の情報を、狛江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、入院・入所中の医療機関若しくは施設の関係人、主治医意見書に係る医師、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。

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 _____
--	--