

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	<input checked="" 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	

申請区分を選択してください。

個人番号(マイナンバー)を御記入ください。不明の場合は、空欄のまま御提出ください。

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 △ △ △ △ △ △	申請年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日				
	医療保険	保険者名	〇〇健康保険組合	保険者番号	0 0 0 0 0			
		被保険者証	記号	0 0 0 0	番号	0 0 0	枝番	0
		フリガナ	コマエ タロウ		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		氏名	狛江 太郎		生年月日	昭和〇〇 年 〇 月 〇 日		
		住所(住民票上)	〒 201-0003 狛江市和泉本町〇丁目〇番〇号		電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
	現在の居住場所	<input type="checkbox"/> 自宅(同上) <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 〒 201-0005 狛江市岩戸南〇丁目〇番〇号		電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			

加入している医療保険情報を御記入ください。

住民票上の住所以外に滞在の場合、滞在場所を御記入ください。

主治医の了承を得てから、主治医氏名等を御記入ください。また必ず診察日を御記入ください。

主治医	医療機関名	〇〇〇病院	診療科	△△ 科		
	医師氏名	介護 一郎	直近の診察日	〇 月 〇 日	次回の診察日	× 月 × 日
	所在地	〒 201-0005 狛江市岩戸南〇丁目〇番〇号 〇〇〇病院		電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	

提出代行者	被保険者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 家族 続柄 (長女) <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	介護 花子	
	住所	〒 201-0002 狛江市東野川〇丁目〇番〇号	

2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)は、特定疾病名を御記入の上、医療保険の「資格情報のお知らせ」又は「資格確認証」(写)を添付、若しくはスマートフォン画面での「医療保険の資格情報画面」の提示をお願いします。

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)
---------	--

申請区分2又は4の場合のみ、御記入ください。

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 **こちらは自署してください**

認定を受ける御本人(被保険者)氏名を御記入ください。

◆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 _____	◆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 _____
<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	

調査立会の有無を選択し、「あり」の場合は、立会者の氏名・続柄・連絡先を御記入ください。

提出代行者と送付先が同じ場合、を記入し、住所等の記入は省略可能です。
また、送付先変更希望時、今回結果のみ又は今後の介護関連通知全部のいずれかを選択してください。