

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

筑西市長様

次のとおり申請します。

被保険者 (認定を受ける人)	申請年月日	平成 年 月 日	申請区分	新規・更新・転入	
	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 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 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	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	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	訪問調査先 (住所と異なるとき記入)	介護保険施設名 病院名等	(入所・入院期間)		
所在地 〒 電話番号		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
訪問調査 予約連絡先	電話番号 携帯番号	連絡のつきやすい時間帯			
	氏名 (続柄)	午前	午後		

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称	該当に○(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・指定介護療養型医療施設) 印		
申請者住所	〒 電話番号		

主治医	医療機関名		主治医の氏名	
	所在地	〒 電話番号		

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、筑西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。

本人氏名