

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

和光市長様 次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名		本人との関係				
申請者住所	〒		電話番号	( )		

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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						保険者番号					
		被保険者証	記号					番号				枝番	
	フカ+							生年月日					
	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 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで										
			転出元自治体(市町村)名( )										
			転出元自治体での申請中ですか はい ・ いいえ(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)										
		「はい」の場合 申請日 年 月 日											
過去6カ月間の介護 保険施設医療機関等 の入院、入所の有無		有 ・ 無											
		(有の場合)保険施設・医療機関等の名称											
		所在地 〒					電話番号 ( )						
提 出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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・介護医療院)											
	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 ( )				

第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			
-------	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、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、和光市が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及び介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員並びに和光市コミュニティケア会議に出席した者に提示することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_