

介護保険要介護認定・要支援認定(更新・新規・区分)申請書

本宮市長
次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号						個人番号					
	フリガナ 氏名						生年月日	明・大・昭	年	月	日	
							性別	男・女				
	住所	〒					電話番号					
	前回の要介護認定の結果等 (更新申請の場合のみ記入)	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2		
		有効期間					年	月	日から	年	月	日
区分変更申請の理由 (区分変更申請の場合のみ記入)												
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等の入院、 入所の有無 (有・無) または現在いる ところ	介護保健施設・医療機関等の名称					入所・入院期間						
						年 月 日～年 月 日						
						年 月 日～年 月 日						

提 出 者	該当に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本人、 <input type="checkbox"/> 家族・親族、 <input type="checkbox"/> 民生委員、 <input type="checkbox"/> 成年後見人、 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター、 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者、 <input type="checkbox"/> 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、 (注意) 地域密着型グループホームの代行は認められていません。										
	住所 名称	〒									
電話番号											

主 治 医	主治医名					医療機関名					
	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)のみ記入ください。

医療保険者名			医療保険者証記号番号		
特定疾病名					

※下記連絡先を必ず記入ください

●訪問調査にかかる日中の連絡先

フリガナ
◎連絡先氏名(続柄)

◎連絡先番号

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、本宮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。

認定更新申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名 _____