

介護保険 要介護・要支援 認定申請書（新規・更新・変更）

香取市長 様 次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|---------|--|-------|-------|----------|-----|------|
| 申請日 | 年 月 日 | 被保険者証 | 受・調・紛 | 資格者証 | 渡・調 | 保険料 |
| 申請者氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者を送付先として設定を希望 <small>* 設定しない場合は、介護を受ける人宛に送ります。</small> | | | 被保険者との関係 | | |
| 申請者住所 | 〒 _____ | | | | | 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・介護医療院） | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--------------------------------|--|--|--|--------------------|----------------|---------|----|-----|---|
| 被保険者（介護を受ける人） | 介護保険被保険者番号 | | | | | 個人番号 | | | | | |
| | 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 | 生年月日 | | | 満年齢 | |
| | 氏名 | | | | | 男・女 | 明治 大正 昭和 | 年 月 日 | | | 歳 |
| | 住所 | 〒 _____ 香取市 | | | | 電話番号 | | | | | |
| | 現在の要介護認定 | [要介護] 1・2・3・4・5 | | | | [要支援] 1・2 | | 申請履歴有・無 | | | |
| | | [有効期間] _____年 月 日から _____年 月 日 | | | | 転入継続・転出元市町村（_____） | | | | | |
| | 申請の理由（新規・変更の場合） | | | | | | | | | | |
| | 介護保険施設・医療機関等入所入院の有無（短期入所は除く） | 有 ⇒ | [入院・入所 施設名] | | | | | | | | |
| 無 | | [所在地] | | | | | | | | | |
| 調査場所 | <input type="checkbox"/> 自宅（上記の被保険者住所） | | <input type="checkbox"/> 入所・入院先（上記の施設等） | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他…住所： 電話番号： _____ | | 関係先名： _____ <small>例：長女〇〇宅、短期入所先〇〇〇など</small> | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----|-------|---------|--|--|-------|----|----------------|--|
| 主治医 | 医療機関名 | | | | 主治医氏名 | | | |
| | 所在地 | 〒 _____ | | | 電話番号 | 区分 | 新在・継在 新施・継施 | |

■ 2号被保険者（40歳から64歳）のみ記入

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 特定疾病名 | | | |
|-------|--|--|--|

■ 同意欄

- 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・要支援認定にかかる認定調査票、主治医意見書を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又は介護保険施設の関係者に提示することに同意します。
- 主治医意見書を記載した医師から求めがあるときは、要介護・要支援認定の結果を同医師へ提供することに同意します。
- 申請から30日以内に認定がされない場合は、現在の有効期間内であれば、処分延期通知の省略に同意します。（更新申請の場合のみ）

（被保険者）

本人氏名

■ 調査の立会いについて

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------------------|--|--|----|--|----------|------------|--|--|
| 家族・親族の立会いが出来る場合 | 立会い者氏名 | | | 続柄 | | | 日中の連絡先電話番号 | | |
| 家族・親族の立会いが出来ない場合（施設や医療関係者など） | 家族・親族に代り、立会う方の氏名 | | | | | 被保険者との関係 | | | |
| | 家族・親族に代り、立会う方の連絡先 | | | | | | | | |

※職員記入欄

申請者確認 免許証・保険証 調査日時 / () :
個人番号カード・その他() 調査員名