

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

大竹市長 様

次のとおり申請します。

										申請年月日	令和 年 月 日									
介護保険 被保険者番号										個人番号										
被 保 険 者	医療 保険	保険者名								保険者番号										
		被保険者 記号・番号	記号				番号				枝番									
	フリガナ									生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日									
	氏 名																			
	住 所		〒 電話番号																	
	前回の要介護 認定の結果等 ※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入	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 年 月 日 ～ 年 月 日																		
		過去6か月間の 介護保険施設・ 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地								期間 年 月 日 ～ 年 月 日									
介護保険施設の名称等・所在地								期間 年 月 日 ～ 年 月 日												
医療機関等の名称等・所在地								期間 年 月 日 ～ 年 月 日												
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地								期間 年 月 日 ～ 年 月 日										

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		
	意見書作成の承諾	有 ・ 無	次回受診日	月 日 ・ 未定

認定調査時の 立ち会い希望 (有 ・ 無)	<u>立会者氏名</u> (続柄) 電話番号 調査場所 (○で囲む) 被保険者住所 ・ その他 ()		
-----------------------------	--	--	--

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・介護医療院)		
	住 所	〒 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

特定疾病名	
-------	--

同 意 書

私は、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、認定調査票の写し、主治医意見書の写し、及び介護認定審査会による判定結果・意見を、次の提供先又は主治医意見書を作成した医師に提供（提示）することに同意します。

《提供先》

地域包括支援センター(※)

居宅介護支援事業者

居宅介護(予防)サービス事業者

地域密着型（介護予防）サービス事業者

(※) 地域包括支援センターへ提供する場合は、地域包括支援センターより介護予防サービス計画作成を委託された居宅介護支援事業者への情報の提供を含みます。

また、介護（予防）サービス利用料の算定にあたって、利用者に著しく不利益が生じる可能性がある则认为られる場合に限り、現に利用又は利用しようとしている事業所に対し、私の利用者負担割合に関する情報を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、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）

本人氏名 _____

（本人氏名を代筆した場合）

代筆者名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

続 柄 _____

代筆理由 _____