

個人番号

No.

介護保険認定申請書【曾於市分】

( 曾於市長 經由 )

曾於地区介護保険組合 管理者へ次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号																				申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 変更				
	フリガナ																		生年月日	明・大・昭	年	月	日					
	氏名																		自治会名	( )								
	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										年 月 日から 年 月 日																
		14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名〔 〕																	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知をうけとっている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ					「はい」の場合、申請日 年 月 日			
	変更申請の理由(変更申請のみ)																											
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等への入院・入所	名称・所在地										期間	年 月 日～ 年 月 日															
		名称・所在地										期間	年 月 日～ 年 月 日															
有・無																												
医療保険	保険者名										保険者番号																	
	記号					番号					枝番																	
特定疾病名										※特定疾病名は第2号被保険者(40歳から64歳の方)のみ記入																		

申 請 者 ( 提 出 代 理 者 )	被保険者との関係	1 被保険者本人	5 指定介護老人福祉施設																			
	※右欄より該当の番号を記入→	2 家族(被保険者との間柄: )	6 介護老人保健施設																			
		3 地域包括支援センター	7 介護医療院																			
		4 指定居宅介護支援事業所	8 その他(民生委員・有料老人ホーム・グループホーム等)																			
氏名(名称)											事業所番号											
電話番号											担当者氏名											
住所(所在地)	〒 -																					

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名												
	所在地	〒 -										電話番号	( )											

同 意 欄	<p>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、主治医意見書、曾於市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、曾於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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。</p>																						
	本人氏名 _____																						

介護保険要介護認定申請等に係る確認事項回答書

No.

被保険者氏名

調査先について

※右欄より該当の番号を記入

- 1 被保険者宅
- 2 表面記載の入院・入所先
- 3 その他 (※下記に必要事項を記載してください。)

氏名  
(名称)

住所  
(所在地)

〒 - 電話番号 ( )

入院(入所)予定先での場合 令和 年 月 日 入院(入所)予定

調査の立会いについて

※右欄より該当の番号を記入

- 1 希望しない
- 希望する
  - 2 申請者と同じ
  - 3 その他(※下記に必要事項を記載してください。)

氏名

(被保険者との間柄: )

住所

〒 -

日中の連絡先

( )

勤務先名

( )

携帯電話

( )

勤務先電話番号

( )

不在状況について

※通院、通所サービス利用等で日頃、不在で調査できない日に×をお願いします。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

結果送付先について

※右欄より該当の番号を記入

- 1 被保険者宅
- 2 入院・入所施設
- 3 申請者
- 4 調査立会人
- 5 その他 (※下記に住所・氏名の記載もお願いします。)

住所

〒 -

氏名

※最近の入院・入所状況、疾病の状況、希望する介護サービス等連絡事項があればご記入ください。