

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

医療
保険

被保険者番号

申請区分

☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 変更

フリガナ

氏名

生年月日

明・大・昭 年 月 日

住所

〒

－

自治会名

()

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
代行者)

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 指定介護療養型医療施設・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

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、及び主治医意見書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、介護保険施設の関係者、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。

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・氏名の記載をお願いします。)

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。