

介護保険 要介護(要支援) 認定・更新認定・要介護状態区分変更認定 申請書

内 灘 町 長
次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

申請者 (被保険者)	介護保険被保険者番号										生 年 月 日	年 月 日生()歳			
	個人番号										年 月 日				
	医療 保 険	保険者名									保険者番号				
		被保険者証	記号								番号	枝番			
	ふりがな氏名										性別	男 ・ 女			
	住 所		〒								TEL :				
	現在の要介護 状態区分		(更新・変更認定申請の場合に記入) <input type="checkbox"/> 要支援() ・ <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで (変更認定申請の場合の申請理由)												
	過去6ヶ月間の 入院又は入所の 状況		病院(施設)名			期間			年 月 日から 年 月 日まで						
		病院(施設)名			期間			年 月 日から 年 月 日まで							
		病院(施設)名			期間			年 月 日から 年 月 日まで							

※主治医への意見書作成依頼が、申請日より1週間以上遅れる見込みの場合は、申請を遅らせてください。

主 治 医	医療機関名	主治医名		
意見書記入依頼日 <input type="checkbox"/> 依頼済(/) <input type="checkbox"/> 依頼予定(/)	所 在 地 〒	TEL :		

第2号被保険者(40~64歳までの医療保険加入者)のみ記入 *医療保険証コピー添付

特 定 疾 患 名	
-----------	--

介護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・要支援認定に係る調査内容、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内灘町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また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。

申請者氏名
(被保険者)

※本人による署名でない場合は、押印してください

提出代行者名称	<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 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院				印				
	TEL :								
申請者の お使いの方	氏名				申請者 との関係	1. 家族(続柄)	()		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				2. その他()	()		
	TEL :								
調査時の家族立会い希望	なし・あり ()								
調査希望日時	なし・あり (希望日			時間	:	~	:	頃	()
調査日時の連絡先	TEL		氏名()						

※事務局記入欄 調査予定者(依頼FAX /) 審査会依頼予定日(/) 台帳記入 システム入力