

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

行方市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|----------------|--|----|---|--|--|--|--|---|--|----|-----------|-------|----|----|---|----|---|---|----|---|---|---|---|---|---|--|--|---|--|--|--|--|---------|--|---|--|---|--|
| 被 保 険 者 | 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 | | 記号 | | | | | | | | | | | | 番号 | | 枝番 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年 | | 月 | | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | (歳) | | 性別 | | 男 | | ・ | | 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 調査時連絡先 | | 氏名 (続柄) | | | | | | | | | | 電話・携帯 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | 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受け取っている場合は「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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去6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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | | | | | | | | | | | | 医 療 機 関 名 | | | | | | | | | | | |
| | 所 在 地 | | 〒 | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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、行方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