

経由(栗野庁舎 吉松庁舎 郵送)

介護保険 [介護(支援)認定] 申請書
新規 更新 区分変更 転入

始良・伊佐地区介護保険組合 管理者 殿

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日					
被 保 険 者	被保険者番号					個人番号					
	医療 保 険	保険者名					保険者番号				
		被保険者証	記号			番号			枝番		
	フリガナ					生年月日	年 月 日(歳)				
	氏 名					性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
住 所	〒					電話 番号	自宅				
	自治会						携帯				
現在(最終)の認定区分		<input type="checkbox"/> 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 総合事業対象									
有効期間		年 月 日 ~		年 月 日							
者	過去1年間の施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設 の名称・所在地・期間				年 月 日~		年 月 日			
		その他施設 医療機関等 の名称・所在地・期間				年 月 日~		年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	介護保険施設 の名称・所在地・期間				年 月 日~		年 月 日			
		その他施設 医療機関等 の名称・所在地・期間				年 月 日~		年 月 日			

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"/> その他 (本人との関係)							
	(担当者)								
所在地	〒					電話 番号	自宅		
						携帯			

主 治 医	医師名					医療機関名		
	所在地	〒				電話 番号		

※2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						
-------	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又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、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。

本人署名				代筆者署名	(続柄:)		
------	--	--	--	-------	--------	--	--

※本人が記載できない場合は本人の了解の上、本人署名と代筆者署名を記入すること。

★裏面もご記入ください。➡

