

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

(宛先) 塩尻市長
次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入 転出元市町村名: _____ 異動日: / /	
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	明・大・昭 年 月 日
	氏名	性別	男 ・ 女
	住所	〒 _____ (電話 _____)	
認定調査訪問先住所	(上記住所と異なる場合に記入してください。)		
主治医	医療機関・施設の名称	(診療科: _____)	主治医名 _____
	所在地	_____ (電話 _____)	
該当者のみ記入	前回の要介護及び要支援認定の結果	【介護区分】 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 非該当	
		【有効期間】 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	
	他の市町村から転入(14日以内)	現在、転出元の市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 <input type="checkbox"/> はい(申請日 _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ(既に認定結果を確認済)	
第2号被保険者の方(40歳以上65歳未満)	特定疾病名	_____	
申請の理由	<input type="checkbox"/> 身体状況(<input type="checkbox"/> 悪化/ <input type="checkbox"/> 改善) <input type="checkbox"/> 認知症の進行 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
介護保険施設、医療機関等名称・所在地(短期入所を除く。)	入所・入院施設の名称	入所(入院)日	_____ . _____ . _____
	所在地	退所(退院)日	_____ . _____ . _____
		_____ (電話 _____)	
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、要介護認定又は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及び意見並びに主治医意見書を塩尻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 _____			印 _____
(本人自署の場合は押印不要)			

※申請者が被保険者本人の場合、記入不要です。

申請者	氏名(担当者)	本人との関係	_____
	住所	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他
提出代行事業者名(該当事業所に☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定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"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		

受付印	<input type="checkbox"/> 窓口	調査日時	_____ 月 _____ 日 () : _____	意見書依頼	<input type="checkbox"/> 保留(連絡待・調査予約待)	
	<input type="checkbox"/> 郵送	立会い	無・有(家族: _____ CM: _____)		<input type="checkbox"/> 在・施/新・継	取消 . .
	<input type="checkbox"/> 支所	保回収	<input type="checkbox"/> 資⇔保 <input type="checkbox"/> 資⇔再 <input type="checkbox"/> 資のみ		<input type="checkbox"/> 在・施/新・継	取消 . .
	() 許可		<input type="checkbox"/> 施設許可有 <input type="checkbox"/> 病院許可有		<input type="checkbox"/> 在・施/新・継	取消 . .