

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

該当にレ

☐ 新規
☐ 更新
☐ 変更
☐ 転入

塩尻市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号										1	2	1	1	9	8	7	6	5	4	3	2
	医療 保険	保険者名	後期高齢者医療保険										保険者番号										29202155										
		被保険者 記号・番号	記号					番号					23456789					枝番															
	フリガナ	チョウジュ タロウ										生年月日					大昭和 22年 2月 22日																
	氏名	長寿 太郎										性別																					
	住所	〒 399-0786 塩尻市大門七番町3番3号										電話番号 0263-52-0285																					
	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 1 2																					
		※14日以内に 他自治体か 君のみ記入										有効期限 年 月 日 から 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	〒 提出する方を記入									

主 治 医	主治医の氏名	医療 花子										医療機関名 塩尻医療センター									
	所在地	〒 市外病院のみ記入										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 40歳から64歳の医療保険加入者のみ記入

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、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。

被保険者氏名

長寿 太郎

（自署の場合、押印は不要です。）

提出	☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ その他()
調査日時	月 日() :
立会	無・有(家族: CM:)
保回収	☐ 資⇄保 ☐ 資⇄再 ☐ 資のみ
許可	☐ 施設許可 ☐ 病院許可
意見書	☐ 在宅・施設／新規・継続
	☐ 在宅・施設／新規・継続