

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
要介護認定変更・要支援認定変更 } 申請書

美幌町長 平野 浩司 様

次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|--|---|--|--|--|---|---|---|------|-------|---------|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 被 保 者 | 個人番号 | | | | | | | | | | | 新規 | 更新 | 変更 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | 申請年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | |
| 保 険 者 | 医療保険 | 医療保険者名 | | | | | | | | | | 記号番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | |
| 保 険 者 | 氏名 | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | 男 | ・ | 女 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保 険 者 | 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 | | | | |
| 保 険 者 | | ※14日以内に 他自治体から 転出した者の 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保 険 者 | 過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 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・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・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 | | | | | | | | | | | | | | |

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、美幌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 _____

代理人氏名 _____ (続柄 _____)

| | | | | | | | | | |
|--------|--|--------|--|-------|--|--------|--|-------|--|
| 基本システム | | 認定システム | | 意見書依頼 | | 認定調査依頼 | | 被保険者証 | |
|--------|--|--------|--|-------|--|--------|--|-------|--|

TEL