

介護保険 要介護認定等 申請書

稚内市長 様

要介護認定等を受けたいので、次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

| | | | | | |
|----------------------------|---|---|--|-------------|--|
| 申請区分 | <input type="checkbox"/> 要介護認定 <input type="checkbox"/> 要支援認定 <input type="checkbox"/> 要介護更新認定 <input type="checkbox"/> 要支援更新認定 | | | | |
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 個人番号 | | | |
| | フリガナ | 生年月日 | | 明・大・昭 年 月 日 | |
| | 氏名 | 性別 男・女 | | | |
| | 住所 | 〒 () - | | | |
| | 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 <input type="checkbox"/> 要介護状態区分（1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 要支援状態区分（1・2） 有効期限 年 月 日 から 年 月 日 | 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。（はい・いいえ） （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」の場合、申請日 年 月 日 | | |
| | | ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 | | | |
| 過去6ヶ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 | | | |
| | 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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） ⑧ | | |
| | 住所 | 〒 () - | | |

| | | | |
|-----|--------|---------|--|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒 () - | |

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください

| | |
|--------|---------------|
| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証記号番号 |
| 特定疾病名 | |

介護認定情報の提供等に関する同意事項（同意する場合、□にレ点を記入し下欄に署名して下さい。）

- 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係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見又は主治医意見書を稚内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。
- 更新申請に係る要介護認定・要支援認定が、認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために30日を超えてなお要する期間及びその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

(本人署名) _____

※ 訪問調査希望日 (家族等代筆者) _____ (続柄) _____

月 日 時 (家族等連絡先) _____ () -