

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

吉野川市長 様 次のとおり申請します。

個人番号

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>				申請年月日	令和 年 月 日				
	医 療 保 険	保険者名		<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>				保険者番号		<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>		
		被保険者証		記号	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			番号	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>		枝番	
	フリガナ		<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>				生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	氏 名		<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>				性 別	男 ・ 女				
	住 所		〒 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>									
	認定調査の連絡先		電話番号				氏名					
	結果通知の送付先		該当に○ ( 住所地 ・ 入所施設 ・ 住所地以外(下へ記入) )									
			〒 - <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>				氏名					
	前回の要介護 認定結果等 (更新者のみ)		要介護 1 2 3 4 5		要支援 1 2		有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで					
			14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 転出元自治体(市町村)名[ <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> ]									
			現在、転入元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 <u>はい・いいえ</u> (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									
	施設・医療機関・ グループホーム等への 入所等(予定含む)		有・ 無	所在地 名 称				期 間(予定含む) 年 月 日から 年 月 日まで				
調査時の同席		要・不要	同席者氏名									
調査の不都合日		有・無	不都合日									
調査前に伝えて おきたい事項等		<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>										

(代 理 出 理 申 行 請 者 )	名 称 (氏名)	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・指定介護医療型医療施設・介護医療院)								
	住 所	〒 - <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> 電話番号 ( ) - <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>								

今回の意見書作成について、主治医に同意を得ていますか？

主 治 医	主治医の氏名	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>				医療機関名	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>				
	所在地	〒 - <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>				電話番号 ( ) - <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>					

【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	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
-------	---

※ 医療保険被保険者証の写しを添付して下さい。

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、本市から居宅介護(介護予防)支援事業者地域密着型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開示することに同意します。

本人署名 \_\_\_\_\_

代理人署名 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)