

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。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号										個人番号									
	医療保険 保険者名					保険者番号														
	被保険者記号・番号					記号					番号					枝番				
	フリガナ										生年月日					年 月 日				
	氏名										性別					男 ・ 女				
	住所										〒 電話番号									
	過去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				
						有効期限 年 月 日 から 年 月 日														
	※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 []														
						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 「はい」の場合、申請日 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										
					医療機関等の名称等・所在地					期間										
有 ・ 無					〒					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															

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										〒 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				

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、主治医意見書、吉野川市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、吉野川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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

※裏面（調査連絡票）もあり

調査連絡票 ※裏面(申請書)もあり

【調査を受ける方】

氏名	
生年月日	大・昭 年 月 日

●記入者 本人の場合、記入不要

氏名		続柄	
電話番号			

●同席者の有無について

有・無	氏名		続柄	
	電話番号			

●調査日程調整の連絡先について 本人・同席者の場合、電話番号は不要

該当に○	本人・同席者・その他(氏名	続柄)
電話番号	(連絡のとれる時間帯: 時 分～ 時 分)		

●調査の不都合日の有無について

有・無	不都合日	
-----	------	--

●調査場所が住民票の住所と異なる場合は、ご記入ください。

住所	
名称	※病院・施設のみ名称もご記入ください。

●結果通知の送付先について

該当に○	住所地・入所施設・その他(下へご記入ください。)
〒	氏名

●居宅介護支援事業所や施設等が提出代行の場合、担当ケアマネージャー名をご記入ください。

担当ケアマネージャー	
------------	--

●事前に伝えておきたい事項等があれば、ご記入ください。

備考	
----	--

【市処理欄】

被保険者証回収	済・未
---------	-----

個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 後期被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他 () ()	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人) <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) <input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)