

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

[新規・更新・区分変更・要支援者の要介護新規(いずれかに○)]

(宛先) 河内長野市長
次のおり申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|----|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--------|-------|----|---|----|--|---|--|----|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 医療 保 険 | 保険者名 | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| | | 被保険者証 | 記号 | | | | | | | | | | | 番号 | | | | | | 枝番 | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日生 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 性別 | 男 | | | | | 女 | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | 電話 - - | | | | | | | | | | | | |
| | 現在の要介護 認定の結果等 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変更申請の 理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 転入申請に ついて | 転入前の保険者名() 転入前の市で認定の申請中ですか <input type="checkbox"/> はい(「はい」の場合、申請日 年 月 日) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の居所 | 1 自宅(住民票上の住所と同じ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 入院・入所先(名称:) ・住所: 電話 - - ・入院・入所日 ・退院・退院予定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定調査に 関する希望 | 3 その他 ・住所: ・氏名: 電話 - - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 調査時に家族などの同席を希望されますか する ・ しない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 同席者氏名: 続柄() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日程調整を行う時の連絡先: 電話 - - (昼間の連絡先) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 連絡者氏名: <input type="checkbox"/> その他(特に記載されたいこと) [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | 電話 - - | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 医療機関名 | | | | | | | | | | | 主治医氏名 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | 電話 - - | | | | | | | | | | |

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、河内長野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。また、更新申請について、現在の有効期間内に結果がでることが見込まれる場合、延期通知の送付は必要ありません。

| | |
|---------|--------|
| 被保険者証回収 | 資格者証交付 |
| 済 ・ 未 | 窓口・郵送 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 本人氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|