

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

受付印

福生市長 宛て

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

※ 申請日は、市が受付をした日となります。

被保険者証：
有・紛失・未

◎介護保険被保険者証を添付してください(40歳から64歳までの新規申請者を除く。)

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		
	申請区分	新規・更新・変更		変 更 申 請 の 理 由 ※必ず記入			
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日 () 歳	性別	男・女
	住所	〒 -		電話番号 ()			
	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		要支援区分 1 2	
				有効期間 令和 年 月 日 から 令和 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〔 〕 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					
介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無(短期入所を除く。)	有・無	名称		年 月 日 から現在 入院・入所中			
		所在地		電話番号 ()			
調査同席者	氏名 (関係)		電話番号 () 調査場所 自宅・自宅外 ()				
主 治 医	医療機関名		直近の受診日		年 月 日		
	診療科目名						
	主治医の氏名 (1名のみ記入)		氏	名	※次回予約日 年 月 日 受診予約のある方のみ記入		
	所在地		〒		電話番号 ()		

市 へ 書 類 を 提 出 す る 人	<input type="checkbox"/> 本人				
	<input type="checkbox"/> 代理人	フリガナ 代理人の氏名	本人との関係		
		住所	〒	電話番号 ()	
<input type="checkbox"/> 提出代行	※ 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)事業者名称・住所等 担当() 電話番号 ()				

※2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入 (医療保険証のコピー添付)

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会判定結果・意見及び主治医意見書を、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、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。

(同意する場合は、右欄に御署名をお願いします。)

署名 (認定を受けようとする方)	
代筆者 (署名代筆の場合)	御本人との関係 ()