

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

足利市長 宛 次のとおり申請します。

	介護保険 被保険者番号		申請区分	新規・変更・更新		
	個人番号		申請年月日	令和	年	月 日
被 保 険 者	該当する箇所にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 第1号被保険者(65歳以上の方)で、国民健康保険又は後期高齢者医療に加入の方 → 記入不要です。 <input type="checkbox"/> 第1号被保険者(65歳以上の方)で、国保・後期以外の保険に加入の方 } → 下欄に内容を記入のうえ、被保険者証を提示してください。 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者(40~64歳で医療保険に加入している方)					
	保険者名		保険者番号			
	被保険者証	記号	番号		枝番	
	フリガナ			性別	男・女	
	氏名			生年月日	明・大・昭	年 月 日
	住所	〒		☎		
	備考	家族状況：独居・家族あり 調査立会い：しない・する 本人との関係： 調査場所：自宅・その他（ ） 日中の連絡先：自宅・その他（ ）				
	現在の施設・医療機関等への入所・入院の状況	施設・医療機関等の名称・所在地		☎		
		期間	年 月 日 ~		年 月 日	

医療機関名		主治医氏名	
医療機関所在地	〒	☎	

提出 代 行 者	名称	該当するものに○（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）		
	所在地	〒	☎	

* 次の欄は、変更・更新・転入で申請される方のみご記入ください。

前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	要支援 1 2・要介護 1 2 3 4 5	現在利用しているサービス
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	あり・なし 訪問介護・看護(月火水木金土日) 通所介護・リハ(月火水木金土日) 短期入所(~)
変更申請の場合その理由			

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足利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。 同意しません。 被保険者氏名 _____
 代筆者氏名 _____ (続柄等) _____

市 記入欄	受付	居宅	同日届出 有・無	送付先	有・無	入力	確認 有・無	調査	時間 ()	AM PM : ~	調査員
----------	----	----	-------------	-----	-----	----	-----------	----	-----------	--------------------	-----

