

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 転入

行橋市長 様

次のとおり申請します。

受付番号 _____

受付者 _____

申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記入不要

申請年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者	申請者氏名・名称	該当に○(家族等 ・ 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業者 ・ 介護保険施設 ・ その他施設)	
			続柄(_____)
	住所	〒 _____ 電話番号(_____) _____	

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																															
		被保険者証	記号											番号											枝番																			
	特定疾病名																																											
	フリガナ 被保険者氏名	姓											名											生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女														
	現在の認定区分	非該当 要支援 ・ 要介護(_____)										有効期間の満了日	令和	年	月	日																												
	1.住所 (住民票所在地)	〒 _____ 電話番号(_____) _____																																										
2.介護保険施設等 入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有・ 無	入院・入 所施設名																					病棟											病室										
		所在地 電話番号	〒 _____ 電話番号(_____) _____																																									

訪 問 調 査	訪問調査場所	該当に○ 1. 住所と同じ 2. 入所・入院先と同じ 3. その他 ※3. その他の場合は調査場所記入																															
	調査立会者氏名																					続柄(_____)											日中連絡のとれる連絡先 TEL(_____) _____
	調査予定日時	月	日	(_____)	午前・午後	時	分	備考																									

主 治 医	フリガナ 主治医氏名	姓											名											医療機関名										
	所在地	〒 _____ 電話番号(_____) _____																																
	受診状況	最終受診日	年	月	日	入院日	年	月	日																									
	備考																																	

区分変更申請の場合のみ記入

申請理由																														
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画を作成するために調査内容、判定結果・意見、主治医意見書の提示を行ってよい場合のみ記入

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、行橋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、介護保険施設の関係人、地域密着型サービス事業者及び主治医意見書を記載した医師、調査員に提示することに同意します。

本人署名又は記名押印 _____ 印 代筆者氏名 _____ 続柄(_____)