

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

日光市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入継続 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護への変更												
被 保 者	介護保険 被保険者番号							個人番号						
	医療保険	<input type="checkbox"/> 日光市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 栃木県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他(保険者名:)												
		保険者番号				記号・番号・枝番								
	フリガナ							生年月日	明・大・昭	年	月	日		
	氏名							性別	男	・	女			
	住所	〒												
	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			
* 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) はい・いいえ 「はい」の場合 申請日 年 月 日														
申請の理由	例: 身体状況の悪化のため、認知機能の低下のため、デイサービスの利用を検討しているため、サービス利用の継続のため など													
現在の入所・ 入院施設	入所施設・医療機関等名			入所・入院期間			連絡先							
				年	月	日～								
				年	月	日予定								
	入院理由					入院場所	階	病棟	号室					

認 定 調 査	調査場所	<input type="checkbox"/> 上記住所地の自宅 <input type="checkbox"/> 上記の入所・入院施設 <input type="checkbox"/> その他()									
	同席者氏名	本人との関係			電話番号						
	サービス 利用状況	ヘルパー 週 回(曜日)		デイサービス 週 回(曜日)		<input type="checkbox"/> デイケア 週 回(曜日) <input type="checkbox"/> ショートステイ(利用日: 月 日～ 月 日)					

提 出 代 行 者	名称	(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)の名称									
	住所										

主 治 医 意 見 書	医療機関名					主治医の氏名					
	所在地	〒									
	治療中の病気					*がんの場合のみ記入	本人の告知 済 ・ 未				

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入※申請時に医療保険者証をご持参ください。

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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日光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、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員その他市長が適当と認めるものに提示することに同意します。

また、更新申請の場合、有効期間内に要介護認定を行うことができるようであれば、認定が申請日から30日を超えてしまっても認定結果が遅れる旨の通知を省略することに同意します。

(本人氏名)

(代筆者名)

(本人との関係)

連絡先(電話番号)

(※市記入欄)

受付	保険料納付状況	被保険者証	入力	意見書	認定調査	備考
	滞納 有・無	有・無	済	済		