

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

日光市長様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

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		
	フリガナ								生年月日	年 月 日						
	氏名								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 要支援状態区分 1 2											
			有効期限 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日													
			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)											
	過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日											
介護保険施設等の名称等・所在地 〒			期間 年 月 日 ~ 年 月 日													
介護保険施設等の名称等・所在地 〒			期間 年 月 日 ~ 年 月 日													
医療機関等の名称等・所在地 〒			期間 年 月 日 ~ 年 月 日													
医療機関等の名称等・所在地 〒			期間 年 月 日 ~ 年 月 日													
有・無																

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・介護医療院)												
	住所	〒 電話番号												

主治医	主治医の氏名				医療機関名				
	所在地	〒			電話番号				

第二号被保険者（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。

裏面もご記入ください▶

(本人氏名)		(代筆者名)		(本人との関係)		
(※市記入欄)		連絡先(電話番号)				
受付	保険料納付状況	被保険者証	入力	意見書	認定調査	□新規 □更新 □支→介 □転入備考
	滞納 有・無	有・無	済	済		

申請の理由		例：デイサービスの利用を検討しているため、サービス利用継続のためなど		
治療中の病気				※がんの場合のみ記入 本人の告知済・未
認定調査	調査場所	<input type="checkbox"/> 住所地の自宅 <input type="checkbox"/> 表面記載の介護保険施設（電話番号） <input type="checkbox"/> 表面記載の医療機関（電話番号） ※入院中の場合、ご記入ください • 入院理由（ ） • 入院場所（ 階 病棟 号室） <input type="checkbox"/> その他（ ） (住所) • 電話番号（ ）		
	調査同席者	氏名		本人との関係
		電話番号		
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ヘルパー 週 回（曜日） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 訪問看護 週 回（曜日） <input type="checkbox"/>		