

介護保険

要介護認定・要支援認定
更新要介護認定・更新要支援認定

申請書

むつ市長様
次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|----------------------------|-----------|---|-------|-----------------|----|---|----|----|----|---|---------|---|---|---|---|
| 申請区分 | | 新規・更新 | | 申請年月日 | 令和 | 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 | | | | | | | | | | | | |
| | | 被保険者記号・番号 | | 記号 | 番号 | 枝番 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | | 大・昭 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 性別 | | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | 〒 連絡先 - - | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | |
| | | | 有効期間 | | 令和 | 年 | 月 | 日 | から | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入 | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | 過去6月間の介護保険施設、医療機関等入院・入所の有無 | | 介護保険 | | 介護保健施設等の名称等・所在地 | | | 期間 | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関 | | | 医療機関等の名称等・所在地 | | | 期間 | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | | |
| 有・無 | | 医療機関 | | | 医療機関等の名称等・所在地 | | | 期間 | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出代行者 | 名称 | 該当する施設を○で囲んでください。 (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 | 〒 連絡先 - - | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-----|--------|---------|---------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 医療機関名 | 次回受診予定日 |
| | 所在地 | 連絡先 - - | |

第2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、むつ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。
更新申請のときは、申請から30日以内に認定がなされない場合でも、現在の認定有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、要介護認定等延期通知の省略に同意します。

本人氏名

- 調査連絡先:本人・提出代行者・病院・施設 ()
- 調査希望日時(①) (②) ()
- 代筆 ()
- 立会い() ●他連絡事項()
- 結果・本人住所へ郵送 () ●事業所受取(本庁窓口 or 分庁窓口) () ●施設へ郵送 () ●その他()