

介護保険 要介護認定・要支援認定(新規 変更 更新) 申請書

鶴岡市

鶴岡市長様

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								
被 保 険 者	フリガナ	生 年 月 日			性 別						
	氏 名	明 大 昭			男・女						
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____ () -									
	前回の要介護認定の結果等	*現在の要介護・要支援認定区分を記入	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2
		*14日以内に他市町村から転入した者のみ記入	有効期間	年 月 日 から			年 月 日				
	変更申請の理由	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。 はい ・ いいえ 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 申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 「はい」の場合、申請日を記入してください。									
	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	施設等の名称	期 間	年 月 日 ~		年 月 日					
	施設等の名称	期 間	年 月 日 ~		年 月 日						
	施設等の名称	期 間	年 月 日 ~		年 月 日						

※事業者のみ記入	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 () -
----------	---

主治医	(主治医の氏名)	(医療機関名)
	(医療機関所在地) 〒 _____	電話番号 () -

連絡先	(フリガナ)	本人との関係
	(氏 名)	
	〒 _____	日中の連絡先電話番号 自宅・勤務先 ()

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【医療保険証の写しを必ず添付してください。】	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、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に提供することに同意します。要介護認定・要支援認定申請にもとづいた認定結果(要介護度、認定期間等)を、主治医又は地域包括支援センター、居宅支援事業所等に通知することに同意します。

認定更新申請から30日以内に更新認定がされない場合でも、現在の認定有効期間内に認定結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。

被保険者名

(注意) 介護保険被保険者証の交付を受けている方は、申請の際必ず添付してください。
医療保険の番号等の記載がない場合は、写しの添付をお願いします。