

介護保険 要介護・要支援（新規、更新、変更）認定申請書

山陽小野田市長 宛

次のとおり申請します。

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			
		被保険者証			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				〒 電話番号			
	現在の居住場所 (住所と異なる 場合のみ記載)				〒 電話番号			
					入院・入所年月日		平・令 年 月 日	
					退院・退所予定		月 日・未定・無	
	前回認定結果 (更新/変更時のみ)				要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2			
申請の理由 (変更申請時のみ)				有効期間 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日				

家 族 連 絡 先	氏 名	続 柄	調査時立会を	※いずれかに○ 希望する・しない
	住 所	〒 ※平日の日中連絡のとれる電話番号を記載してください 自宅 () - 携帯・勤務先 () -		

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)
	住 所	〒 電話番号

主 治 医	医療機関名	主治医氏名
	所 在 地	電話番号
	受 診 状 況	日毎に受診・時々・今回は初診・入院中

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	※不明の場合は主治医に照会してください
-------	---------------------

私は、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、山陽小野田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。

調査依頼：済・未・市・包括	滞納： 有 無
利用：有・無 CM：有・無	滞納指導： 有 無
調査者： 日時： / :	

本人氏名 _____
代筆者氏名 _____
(続 柄) _____

本人確認欄 1点確認 個・住・免・旅・特・その他 ()
2点確認 健・介・後・年・生・その他 ()