

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

(あて先)

羽島市長

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		0	9	0	0	0						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	明・大・昭 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							
			認定日	年 月 日			有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで								
			※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」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日												

保 険 者	入院、入所の有無	介護保険施設・医療機関等の名称等(病棟までご記入ください)										期間	年	月	日	～	年	月	日
	有 ・ 無																		
	認定結果送付先	自宅	自宅以外 〒 宛名 電話番号 ()																
	訪問調査先	自宅	自宅以外 〒 電話番号 ()																
	家族等の調査 同席希望	なし	あり 同席者氏名 調査対象者との関係 ()																
	調査の同席を希望 する場合の連絡先	自宅	その他 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	()		

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

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

申 請 者	区分	本人	本人以外	※本人の場合は、申請者氏名・住所等の記入は不要													
	氏名	被保険者との関係 ()										住所	〒 - 電話番号 ()				
	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	()				

介護サービス計画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、羽島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。

本人氏名

羽島市処理欄

訪問調査		被保険者証の提示	未 ・ 済
主 治 医		暫定被保険者証の発行	未 ・ 済
入 力			