

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  
 要介護認定区分変更・要支援認定区分変更

申請書

(あて先)

防府市長

新規

更新

変更

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者氏名 (窓口に来られた方)		本人との関係	
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・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要。

被 保 険 者	被保険者番号	_____										個人番号	_____										
	フリガナ	_____										生年月日	明・大・昭 _____ 年 月 日										
	氏名	_____										性別	男 ・ 女										
	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 _____								
	住所	〒 _____ 電話番号 _____																					
	前回の要介護認定 の結果等	*更新申請、変 更申請の場合 に記入	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 _____ 年 月 日 から _____ 年 月 日										
		*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										
	変更申請の理由	*変更申請の場 合に記入	_____										《詳細別紙》										
	過去6ヶ月間の介 護保険施設・医療 機関への入院・入 所の有無	介護保険施設・医療機関等の名称(該当区分に○)										入所・入院日 退所・退院日											
・介護保険施設 ・医療機関、その他										年 月 日～ 年 月 日													
・介護保険施設 ・医療機関、その他										年 月 日～ 年 月 日													
有・無	・介護保険施設 ・医療機関、その他										年 月 日～ 年 月 日												

主治医	医療機関名	_____										主治医の氏名	_____									
	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)のみ必ず記入

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、本市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を本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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

代筆者氏名

本人氏名

特記欄	処理欄		受付欄
	被保証	入力	
	資格者証	意見書	
受付 _____			