

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

都留市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------|------------------|-------------|--|
| 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 | | |
| | 住所 | 〒 電話番号 | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | 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 | |
| 介護保険施設 医療機関等 入所・入院 (有・無) | 介護保険施設の名称 | | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | 医療機関等の名称 | | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 立会人 | ※認定調査は原則、平日に行います。 ※日中に連絡の取れる番号を記入してください。 | | | | |
| | 住所 | _____ | | | |
| | 氏名 | _____ 関係 _____ | | | |
| | 電話番号 | _____ | | | |
| 調査地 | 1_被保険者住所（上記の住所） 2_入所・入院先（上記の施設・病院） 3_その他の場所（住所：_____） | | | | |

| | | | | |
|-------------------|--------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| 提出 代 行 者 | 被保険者との関係 (該当に○) | 1_上記、立会人と同じ 4_居宅介護支援事業者 | 2_家族 続柄 () 5_指定介護老人福祉施設 | 3_地域包括支援センター 6_介護老人保健施設 |
| | 氏名・名称 | _____ | | |
| | 住所・電話番号 | 〒 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 | | |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

| | | | |
|--------|-------|-------------------|-------|
| 医療保険者名 | _____ | 医療保険被保険者証 記号番号 | _____ |
| 特定疾病名 | _____ | | |

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、都留市から包括支援センター、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
