

# 介護保険 要介護認定等 申請書

延岡市長 様

新規 更新 区分変更 要支援者の要介護新規 転入 その他	
申請年月日	年 月 日

次のとおり申請します。

被 保 険 者	介護保険番号	2 6 0 0	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	歳	
	住所	〒					
	前回の要介護認定等の結果	要介護・要支援状態区分等 (該当する区分に○)	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 ~		年 月 日		
		14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入	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				
	変更申請の理由	※区分変更申請、要支援者の要介護新規申請の場合は記入してください。(該当するものに☑) <input type="checkbox"/> 心身の状況の変化 <input type="checkbox"/> その他の理由(理由を記入) ※別紙のとおり [ ]					
最新の状況を含む過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の(有・無)	介護保険施設等の名称・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	介護保険施設等の名称・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

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) 事業者印 担当者名: 調査立会い: 希望する ・ 希望しない			
	住所	〒			

主 治 医	医療機関名			主治医の氏名		
	所在地	〒		電話番号( ) -		
	最終受診日	年 月 日	次回受診予定日	年 月 日 [□入院中]		

※第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の場合は、次の欄にも記入してください。

特定疾病名	コード[ ]	身障手帳	級
-------	--------	------	---

同 意 欄	私は、介護保険要介護認定等申請に同意します。また、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、要介護認定等にかかる調査内容、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延岡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、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並びに延岡市自立支援型地域ケア会議に出席した者に提示することについても同意します。 ※代理人の場合は「代理人氏名」「住所」等に署名してください。	
	本人氏名 _____ (代理人氏名 _____ 続柄 _____ )	欄 (代理人住所 _____ TEL _____ )

家族訪問調査立会い: 不可 ・ 可 [立会人名 (続柄 ) ]	調査希望日 (都合の悪い日に×を記入)	月	火	水	木	金
連絡先:[ ]		午前				
[連絡可能な時間 ]	午後					

市処理欄	調査事業所	新規・区変台帳	被保険者証提出	資格者証交付	認定申請日	入力チェック	主治医・調査員入力	審査会	処分延期	認定調査実績台帳
( )	/	/	/	/	/	( )	/	(審査日) 第 委員会	(通知日) (予定日) (延期理由) 調・意・他	/