

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

大里広域市町村圏組合管理者 宛

次のとおり申請します。

		入 力	被保証	資格証	担 当
		未・済	未・済	未・済	
		申 請 年 月 日	平 成	年	月 日
申 請 者 氏 名		本人との関係			
提出代行者名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)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)				
申 請 者 住 所	〒	電 話 番 号	()		

被 保 者	被保険者番号						*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						
	フリガナ						生 年 月 日	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	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2			
	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間	年	月	日	から	年	月	日				
	現在、入院・入所している施設 (短期入所も含む)	施設名(病院・介護保険施設等の名称)											
	所在地												
有 ・ 無	入院・入所期間	年	月	日	から	年	月	日					

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											

- この申請書、認定調査の内容及び主治医意見書の情報を大里広域市町村圏組合が設置する介護認定審査会に提供すること。
- 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、大里広域市町村圏組合から被保険者が依頼した地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅(介護予防)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に提供すること。
- 介護サービス計画を主治医意見書を記載した医師又は介護サービス計画に位置づけられたサービスを行う居宅(介護予防)サービス事業者等に提供すること。
- 判定結果等の情報を埼玉県国民健康保険団体連合会に提供すること。
- 第2号被保険者について、管理者が保険給付に関して必要があると認めるときは、第2号被保険者が属する世帯に属する者の市区町村民税の課税状況につき、管理者が税務関係当局に対し必要な情報の閲覧又は提供を求め、上記について同意します。

本人氏名 _____

調査立会い希望	有・無	連絡先	自宅・申請者・その他	サービスの緊急性	有・無
備 考					