

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・要支援認定区分変更

申請書

八幡市長 様
次のお通り申請します。

		申請年月日		年 月 日	
被保険者番号		個人番号			
医療 保険	保険者名	保険者番号			
	記号	番号	枝番		
※2号被保険者(40~64歳)は医療保険被保険者証の写し添付のこと					
被 保 險 者	フリガナ	生年月日		明・大・昭 年 月 日	
	氏名	性別		男 ・ 女	
	住所	〒 ー ※アパート・マンション名・部屋番号もご記入ください。 電話番号 ー ー			
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 非該当	
	有効期間 年 月 日から			年 月 日まで <input type="checkbox"/> 転入	
変更申請の理由					
14日以内に他自治 体から転入した者	転出元自治体にて介護保険を申請中ですか。(既に結果通知を受け取っている場合はいいえを選択) はい・いいえ はいの場合は申請日 年 月 日 転出元自治体(市町村)名()				
過去6月間の 介護保険施設 医療機関等への 入所、入院の有無 有・無	介護保険施設の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地			期間 年 月 日～ 年 月 日	

提出 代 行 者	氏名 名称	該当に○(親族・成年後見人等・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) 続柄・担当者 ()			
	住所	〒 ー ※提出代行者が被保険者本人と同一住所の場合、住所・電話番号は記載不要 電話番号 ー ー			

主 治 医	主治医の氏名	診療科目	
	医療機関名	電話番号 ー ー	
	所在地	〒 ー	

特定疾病名(40~64歳のみ)	
-----------------	--

訪問調査事業者希望	有・無	有の場合希望事業者()
-----------	-----	--------------

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私に関する認定情報、認定調査票(特記事項)、主治医意見書を、八幡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に対し情報提供すること、また、施設入所等の際の参考資料とするために必要があるときは、私の親族、成年後見人等、認定調査に従事する調査員に対し、同様の情報提供をすることに同意します。なお、医療受診の参考資料とするために必要があるときは、私に関する要介護・要支援認定等結果を、八幡市から主治医意見書を記載した医師に対し情報提供することにも同意します。

(代筆者名)
(署名欄) 本人氏名 (続柄)

※ 代筆の場合は本人氏名欄及び代筆者名欄に署名してください。

※ 裏面もご記入ください

