

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
 次のとおり申請します。

		申請年月日	平成	年	月	日
被 保 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
	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。				
除	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		
	変更申請の理由	有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				
	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	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		

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) 担当者氏名 印 ()		
申請者住所又は提出代行者所在地	〒 ー ※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 電話番号 ー ー		

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

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

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 ※医療保険被保険者証の写し添付のこと

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	記号	番号
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・押印してください。(親族及び民生委員の場合は不要)

※ 裏面もご記入ください

