

介護保険 [要介護 ・ 要支援] 認定申請書

泉大津市長 様

次のとおり申請します。

新規

更新

区分変更

受付印

被 保 険 者	被保険者番号				申請年月日				年	月	日
	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										
	氏名				生年	月日		年	月	日	
	住所		〒 595 - 泉大津市				電話番号(自宅・携帯): ()				
		アパート、マンション名 ()									
前回の要介護認定の結果等		要支援 1・2			要介護 1・2・3・4・5						
		有効期間 :			年 月 日		～ 年 月 日				
入院又は入所施設の有無 (有・無)		名称									
		所在地 〒 -									

該当するものに○をして下さい		・家族 ・地域包括支援センター ・居宅介護支援事業所 ・介護老人保健施設 ・介護老人福祉施設 ・介護療養型医療施設 ・その他									
申請書の持参者	氏名 又は 名称										
	住所		〒 -				電話番号 自宅 ()		携帯 ()		

※更新申請の場合 前回の医療機関と 同 ・ 別

主治医	医療機関名			主治医の氏名						
	所在地 市(区・町・村)			※1ヶ月以内に主治医の診察を受けましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
				「いいえ」の場合の次回受診予定日 年 月 日						

※第2号被保険者(40歳から64歳までの方)のみ記入

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、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、泉大津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、地域密着型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。

[更新申請のみ]申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば、延期通知の省略に同意します。

本人氏名
(代筆者氏名)

処 理	受付	電算入力	調査依頼	意見書依頼

支援からの見直し 期限切れ 証紛失