

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
要介護区分変更

申請書

芸西村長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号				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	
	ふりがな						生年月日	大正・昭和	
	氏名							年 月 日	
	住所		芸西村				電話番号		
	変更申請の理由 ※変更申請の場合のみ記入								
	前回の要介護認定 等の結果	要介護認定区分 1・2・3・4・5 要支援認定区分 1・2							
		有効期限 年 月 日～ 年 月 日							
		*14日以内に他 市町村より転入し た方のみ記入	転出元市町村名【 】 転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか？ 【はい / いいえ】 (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)						
過去6月間の介護保 険施設、医療機関等 への入院の有無	介護保険施設の名称						期間	年 月 日～	
	医療機関等の名称						期間	年 月 日～	
有 ・ 無								年 月 日	

提 出 代 行 者	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）	
	住所	
	電話番号	

主 治 医	主治医氏名		医療機関名	
	所在地	電話番号		

↓ 第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入必須

特定疾病名記入	
---------	--

調 査 関 係	立会希望の有無	有 ・ 無	希望時間	午 前 / 午 後
	調査場所 □入院・入所中のため施設 〔施設名〕	希望曜日	月 / 火 / 水 / 木 / 金	
	□その他 () 〔住所〕	立会者	氏名	連絡先

※状況により、ご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。

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、芸西村から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業所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また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。

氏名

代筆者

(続柄)

*送付先変更のご希望がある方は、別途役場までお申し付けください