

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

伊万里市長 様

次のとおり申請します

いずれかに○を付けて下さい。

										申請月日		年 月 日										
介護保険 被保険者番号										個人番号												
被 保 険 者	医療 保 険	保険者名		後期・国保・その他（						保険者番号												
		被保険者証		記号								番号						枝番				
	フリガナ								生年月日		年 月 日											
	氏 名								性 別		男 ・ 女											
	住 所		〒																			
			電話番号																			
	現在の要介護 状態区分等		要介護状態区分				1	2	3	4	5	要支援状態区分				1	2					
			有効期間				年 月 日				から				年 月 日							
	申請の理由		※利用があれば現在受けているサービス利用状況等ご記入下さい。（担当介護支援専門員調査の更新時は不要）																			
	過去6月間の介護保険 施設・医療機関等 入院・入所の有無		介護保険施設等の名称										年 月 日～				年 月 日					
		医療機関等の名称										年 月 日～				年 月 日						

申 請 者	氏名				本人との関係					
	申請者が被保険者本人の場合、住所は記載不要									
	住所				電話番号					

調査の立会い者	本人との関係 ()		連絡先 (平日昼間連絡がつくもの)		希望時間： ()	
---------	---------------	--	----------------------	--	-----------	--

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・介護医療院 ）					
住 所	〒					
	電話番号					

主 治 医	主治医名		医療機関名		受診頻度	
	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

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、伊万里市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状態等の情報を、伊万里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、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合も含む。）ことに同意します。また、申請内容の確認等のために住民基本台帳法に基づく住民票等を調査されることを承諾します。

本人氏名 (代筆者氏名)