

## 介護保険【 要介護認定・要支援認定等 】申請書

(あて先) 茅ヶ崎市長  
次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

新規 更新 変更 [変更申請の理由: \_\_\_\_\_]

<b>申請者</b>	フリガナ		被保険者との関係
	氏名 <small>(代行業者名)</small>		親族( )ほか( ) 包括・居宅・介護施設( )
	住所 <small>(所在地)</small>		電話番号 ( )

■訪問調査の日程調整等をさせていただく方について記入してください。(訪問時間:原則平日9時から15時まで)

フリガナ		被保険者との関係	
連絡者氏名		日中連絡がしやすい電話番号	( )

■要介護・要支援認定等を受けようとする方について記入してください。

<b>被保険者</b>	介護保険被保険者番号										個人番号										
	<b>医療保険</b>	保険者名										保険者番号									
		被保険者記号・番号		記号	番号				枝番				本人・扶養								
		資格取得日		年 月 日				有効期限		年 月 日											
	フリガナ										生年月日					年齢		性別			
	氏名										大正・昭和					歳		男・女			
	住所 <small>棟名・部屋番号まで</small>										電話番号 ( )										
	訪問先が自宅以外の場合		病院・施設名、その他		入院(所)期間 年 月 日から 年 月 日																
			所在地		電話番号 ( )																
	前回の認定結果等		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 日まで																					

■申請時点で被保険者の状態を把握している医師を指定してください。

<b>主治医</b>	医療機関名		フリガナ 医師名 科名 ( )
	所在地		電話番号 ( )

■第2号被保険者[40歳~64歳医療保険加入者]の方のみ記入してください。(更新の際も記入が必要です。)

特定疾病名	
-------	--

■同意の確認

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、主治医意見書、茅ヶ崎市の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況等の情報を、茅ヶ崎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を含む。)ことに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_