

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 [理由: _____]

申請者	フリガナ		被保険者との関係
	氏名		親族()ほか()
	代行業者名		包括・居宅・介護施設()
	住所 所在地		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16時)

フリガナ		被保険者との関係	
連絡者氏名		日中連絡がつきやすい 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。

被保険者	介護保険被保険者番号										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		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 年 月 日					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。

主治医	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

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を、主治医意見書の作成医師に提示することを被保険者として 同意する。 同意しない。

(代行申請の場合は、被保険者に確認し記入したものとみなします。)