

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

申請書

富谷市長 あて

次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号												個人番号											
	フリガナ												申請年月日											
	氏 名												生年月日		明・大・昭 年 月 日									
													性 別		男 ・ 女					年齢				
	住 所		〒										電話番号											
	前回の要介護認定の結果等		要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		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 平成・令和 年 月 日 から令和 年 月 日																					
介護保険施設入所の有無（短期入所を除く）		14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体（市町村）名〔 〕 現在、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） 「はい」の場合、申請日 年 月 日																				
		有		入所施設名 所在地 期間 ~																				
		無		介護保険施設以外入院医療機関名・入所施設名 所在地 期間 ~																				

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院）									
	住 所	〒 電話番号									
	事業者番号						担当者氏名				

主 治 医	主治医の氏名						医 療 機 関 名					
	所 在 地	〒 電話番号										

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入、もしくは保険証のコピーを添付。

特定疾病名			医療保険者名		
医療保険者番号			医療保険資格取得日	年 月 日	
医療保険被保険者証記号番号			医療保険被保険者区分	本人・家族・退職本人・退職家族	
フリガナ			2号被保険者との関係（続柄）		
医療保険被保険者氏名					

この申請を行うにあたっては、裏面に記載されている事項に同意します。

本人氏名

訪問調査 連絡先	フリガナ			本人との 関係		電話 番号	
	氏 名						

同意する事項

1. 介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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の情報を、富谷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に提供すること
2. 主治医意見書を記載した医師から要望があるときは、要介護・要支援認定の認定結果及び認定有効期間にかかる情報を同医師に提供すること
3. 施設や病院等内で訪問調査を実施するときは、施設や病院等内の職員から、被保険者（認定を受けようとする方）の心身の状況等について聴取すること