

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

[新規 ・ 更新 ・ 変更]

福井市長 あて

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				
	フリガナ				生年月日	明・大・昭		年 月 日				
	氏名				年齢	歳	性別	男・女				
	住所				〒 TEL () -							
	訪問調査の連絡先		氏名		日中連絡のつく							
			本人との関係1家族(続柄) 2その他()		電話番号(曜日・時間帯)		()					
	現在の認定結果等 (該当に○)		要介護状態区分		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
			有効期間		年 月 日	~	年 月 日					
認定持ち 転入者のみ		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						
						→「はい」の場合、申請日 年 月 日						
現在、介護保険施設・ 医療機関等入所入院 有・無		施設名・医療機関名				所在地		TEL	期間	年 月 日	~	年 月 日

* ご本人が申請する場合は提出代行者の記入は不要です。

申 請 者	氏名		被保険者との関係	
	住所		〒 TEL	
代 行 者	提出代行者名称		(該当に○) 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護保険施設・地域密着型老人介護福祉施設・介護医療院	
	住所		〒 TEL	

* 認定事務を滞りなく進めるため、事前に主治医に意見書記載について了解を得てください。

主 治 医	(フリガナ)			医療機関名		
	氏名					
	所在地	〒 TEL		受診予定日		

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

新規申請・区分変更申請の理由 連絡先等の注意等

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見を福井市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス等の事業者、地域密着型サービス事業者等若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見を記載した医師又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。

また、更新申請については、要介護・要支援認定が申請日から30日を超える場合であっても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することについても併せて同意します。

本人氏名 _____

代筆者氏名・(続柄) _____ () _____

申請・記入に当たってのお願い

1. 申請時には介護保険被保険者証(第2号被保険者は医療保険被保険者証)が必要となります。
2. 「訪問調査の連絡先」欄は、申請受理後に事前に連絡の上、認定調査に訪問しますので、必ず記入してください。
3. 「主治医」の欄は、今後市から要介護認定等の際に必要な意見書を依頼しますので、本人の心身の状況をよく知っている医師の氏名を記入してください。また、認定事務を滞りなく進めるため、できるだけ事前に主治医の了解を得てください。
4. 「特定疾病名」欄は、国が定める特定疾病名を記入してください。
5. 新規申請の理由、区分変更申請の理由を必ず記入してください。
6. 「情報提供の同意について」の本人署名欄は、必ず本人が署名してください。本人が署名できない場合は、本人の了解を得て家族、親族等が本人の署名欄を代筆の上、代筆者氏名欄も記入してください。

〈市処理欄〉

	個人番号記載	有 ・ 無	申請区分	本人 ・ 代理人 ・ 使者	
認定調査 事業者名		確 認 欄	番号	個人力 ・ 通知力 ・ 住民票 ・ システム	代理権
		身元	個人力 ・ 運免 ・ 介護支援専門員証 ・ 社員証 ・ 写真入り本人発行() 上記以外 2点確認(保険証 ・ 負担割合証 ・)		
			法定 ・ 委任状 ・ 本人書類		