

介護保険要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更・転入）

岩出市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

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		記号												番号												枝番		
	フリガナ												生年月日		大・昭 年 月 日															
	氏名												性別																	
	住所		〒										電話番号																	
	前回の要介護認定 の結果等		※更新申請・変更申 請の場合に記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					事業対象者															
			有効期限		令和 年 月 日から令和 年 月 日																									
			※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。（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・いいえ） 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日															
	過去6月間の介護 保険施設、医療機 関等への入所・入 院の有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日																	
医療機関等の名称等・所在地										期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日																				
		有・無																												
変更申請の理由 (変更申請のみ)																														

申 請 者 等	氏名 又は 名称	該当に○（本人・家族・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・その他） ※申請者が本人の場合は記載不要																	
	住所	〒 電話番号																	

主治医	主治医の氏名											医療機関名							
	所在地	〒										電話番号							

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護認定・要支援認定に係る関係資料の情報提供 同意書

岩出市長 様

次のとおり同意します。

- 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、及び主治医意見を、岩出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。

被保険者氏名

代筆者氏名

代筆者住所

※被保険者（代筆者）氏名は署名してください。

被保険者との続柄

認 定 調 査 に つ い て

要介護認定のために、調査員があなたのご家庭などにお伺いして、あなたの心身の状態に関する項目について質問します。

認定調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。

本人氏名		
日程調整を行う ときの連絡先	連絡者氏名	
	電話番号	
認定調査日時の 希望について	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 都合の悪い曜日・時間がある (下記に記載してください) _____	
認定調査場所	<input type="checkbox"/> 申請書記載の場所(住民票の住所) <input type="checkbox"/> その他(調査場所の住所及び病院名・施設名等を下記 に記載してください) _____	
家族等の立会い について	認定調査時に同席する方はいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 家族(氏名 続柄) その他()	
その他、認定調査に関して、あらかじめ伝えておきたいことがありましたら、その内容をご記入ください。		