

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

恵庭市長様

次のとおり申請します。

※太枠の中は必ずご記入ください

個人番号										申請年月日 令和 年 月 日									
介護保険 被保険者番号 0 0 0 0										※第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は医療保険証(写し)を添付してください									
医療保険		保険者名					保険者番号												
		被保険者 記号・番号					記号					番号					枝番		
フリガナ										生年月日 大・昭 年 月 日									
氏 名										性 別 男 ・ 女									
住 所 (住民票上)										〒 電話番号 () -									
被 保 険 者 の 調 査 を 受 け る 場 所										どちらかに○を してください					1. 住民票上の住所 2. 住民票上の住所以外(病院・施設・親族宅等、現在の居所を下の欄に記入してください)				
										2 の 場 合					〒 住所 方書				
過 去 6 か 月 間 の 介 護 保 険 施 設 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無										介護保険施設等の住所 〒					期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
										名称 医療機関等の住所 〒					期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
										名称 医療機関等の住所 〒					期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
有 ・ 無										〒					年 月 日 ~ 年 月 日				
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 非該当				
										有効期間 平成・令和 年 月 日 から 平成・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。 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 令和 年 月 日				

申 請 者	本人との関係	☐ 本人 ☐ 親族等() ☐ 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									
	氏名 名称										
	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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、及び主治医意見書を、恵庭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、介護保険施設の関係人、主治医意見書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。

本人氏名

代筆氏名

本人との関係

訪問調査等について		
日程調整等の 連絡先	1. 本人	
	2. 本人以外	
	フリガナ 氏名	本人との関係
	連絡先 : ① () -	(携帯電話・勤務先・自宅)
	② () -	(携帯電話・勤務先・自宅)
調査時の立会い 希望	無 ・ 有	フリガナ 氏名 本人との関係
利用サービス等 (時間・曜日を記入)		
調査にうかがう 際の留意事項	特になし ・ 配慮が必要 (聴力 ・ 伝達能力) 特に調査員に伝えたいこと	
備考		

事務処理欄

☐ 市調査
/ () 時 分 担当
☐ 事業所

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる