

介護保険要介護・要支援 新規 認定申請書

碧南市長 様

次のとおり申請します。 ※介護保険被保険者証を添付してください。

申請年月日	令和 年 月 日
-------	----------

申請者氏名 (窓口に来られた人)		被保険者との関係 (本人からみた親族関係等)	
申請者住所	〒 _____ 電話番号(_____) _____		
提出代行者 名称 および 事業者所在地・ 電話番号	(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) 電話番号(_____) _____ 事業所 担当者氏名 [_____]		

被 保 険 者	被保険者番号															個人番号												
	フリガナ															生年月日	明・大・昭・平 年 月 日											
	氏名															性別	男 ・ 女											
	住所	〒 _____ 電話番号(_____) _____														碧南市 町												
	過去6月間の介護 保険施設・医療機関 等 入院、入所の有無	介護保険施設・医療機関等の名称等および所在地														期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
	有 ・ 無	介護保険施設・医療機関等の名称等および所在地														期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
	認定前回の結果要介護	※更新申請の場合のみ記入	要介護状態区分	要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2	異送付	あり ・ なし										認定の有効期間	年 月 日 ~ 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																											

主 治 医	医療機関名											最終診察日	年 月 日									
	主治医の氏名											次回診察日	年 月 日									
	所在地											電話(_____) _____										

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ ※医療保険被保険者証を添付してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
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、碧南市から地域包括支援センター、居宅介護支助支援センター、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、認定調査に従事した調査員及び碧南市が実施する高齢者施策の関係機関に提示することを同意します。

本人氏名 _____

代筆者 _____ 被保険者との関係: _____

(市記入欄)

訪 問 調 査	月 日 () 時 分	滞納・欠損	マップ配布	日程通知	受付	サービス利用・希望	入力
	自宅・施設(_____)	調査員	意見書発送	意見書依頼	意見書入手		
	立会人: 無・有(申請者・その他(_____))		/	在宅新規 在宅継続	施設新規 施設継続	/	