

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（更新）

常滑市長 様 次のとおり申請します。

										申請日	年 月 日		
被保険者番号 0 0 0 0										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		大・昭 年 月 日						
氏名					性別		男 ・ 女						
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	
										有効期限 年 月 日から 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 年 月 日	
介護保険施設入院・入所の有無（短期入所を除く）		有		入院・入所施設名									
		無		介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名									
				所在地									

主治医	医療機関名					診療科目				
	所在地	〒				主治医名				
電話番号 () -										

申請者	氏名					本人との関係				
	住所	〒								
電話番号 () -										

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・介護医療院）									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 2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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

同意書	<p>1. 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、主治医意見書、常滑市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、常滑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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。</p> <p>2. 今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えるときであっても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み等を通知する書面を省略することに同意します。</p>									
	本人氏名 _____			代筆者氏名 _____			続柄() _____			