

介護保険 要介護・要支援（新規・更新・区分変更・転入）認定申請書

甲斐市長様 次のとおり申請します

申請日	令和 年 月 日			被保険者番号											
フリガナ				個人番号											
氏名				生年月日					大・昭 年 月 日（才）						
医療保険者	後期高齢・国保・協会けんぽ・健康保険組合・その他 保険者名（ ）・生保			保険者番号					医療保険被保険者証記号番号						
住所 ※住民票住所	甲斐市										電話番号（ ）				
現在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		要介護の状態区分		要支援（ ）					要介護（ ）					
			有効期間		平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで										
	※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 平・令 年 月 日												
変更申請の理由	*区分変更の場合は記入してください。【 】														
現在の状況	1 上記住所に在宅 2 入院・入所中 3 その他 住所										入院・入所中の期間 年 月 日から (退院・退所予定 年 月)				
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院・入所 有・無	1 介護保険施設 2 医療機関 の名称					平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで					【名称: 連絡先: () 】				
被保険者との関係 (該当に○)	1 家族 続柄() 2 地域包括支援センター 3 居宅介護支援事業所 4 介護老人福祉施設 5 介護老人保健施設 6 地域密着型介護老人福祉施設 7 介護医療院										申請代行者が上記以外の場合は委任状が必要です(別世帯の家族も必要です)裏面に様式はありますが任意の様式でも結構です				
フリガナ															
氏名・名称															
住所	*被保険者と同じ場合は省略可 〒										電話番号 ()				
立会人	1 申請代行者と同じ 2 申請代行者以外の方 氏名 被保険者との関係 日中連絡先 () 3 立会人なし *認定調査は原則、平日行います 日程調整の連絡をしますので、日中連絡がつく番号を記入してください														
主治医	医療機関名			記入に際して事前に医師の了解を得た <input type="checkbox"/> ※チェックしてください											
	主治医の氏名			診療科					最終受診月						
	所在地			科					※原則3カ月以内の受診が必要です 令和 年 月						
電話番号 ()															
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、甲斐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、甲斐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。併せて、更新認定申請から30日以内に要介護認定の処理がなされないとき、認定有効期間内であれば、延期通知を送付しないことに同意します。															
本人署名															

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										
医療保険者名						医療保険被保険者証記号番号				

* 認定調査のための電話連絡について、時間の希望などをお書きください。
・いつでも可能・希望あり【 】

* その他連絡事項がありましたらお書きください。

* 市役所記入欄

被保険者証	回収	未回収	紛失	相談入力	あり	なし	受付者
管轄場所	竜王	敷島	双葉	情報提供	あり	なし	

