

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

東大和市長 殿

年 月 日

次のとおり申請します。

(申請日は市が受理した日となります)

受付印

介護保険被保険者証を添付してください(40～64歳の新規申請者を除く)

更新の方のみ 申請日から30日以内に認定結果が出なかった場合に通知を希望 します しません
(☑がない場合や更新申請以外の申請区分については通知させていただきます。)

被保険者証
有・紛失・未

被 保 険 者	介護保険被保険者番号		※左側の0は省略				申請区分	新規・更新・変更			
	マイナンバー						変更理由	※変更の場合は必須			
	医療 保 険	保険者名					保険者番号				
		被保険者証	記号			番号			枝番		
	ふりがな						生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名						性別	男・女 (歳)			
	住所		〒				電話番号				
	介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無(短期入所を除く)	有・無	名称				年 月 日から 入院・入所中				
			所在地				電話番号				

主 治 医	医療機関名				
	診療科目名	直近の受診日	年	月	日
	主治医の氏名(1名のみ)	次回予約日	年	月	日
	所在地	〒			
		電話番号			

申 請 者	<input type="checkbox"/> 本人				
	<input type="checkbox"/> 代理人	ふりがな			本人との関係
		代理人氏名			
	<input type="checkbox"/> 提出代行	住所	〒		
電話番号					
		※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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)事業者名称・住所等			
		電話番号			

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入※医療保険証のコピー添付

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時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、東大和市から高齢者ほっと支援センター(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。また、認定結果が非該当・要支援1・要支援2の場合、東大和市から高齢者ほっと支援センター(地域包括支援センター)に結果を伝えることに同意します。同意の場合は右欄に署名をお願いします。

本人氏名			
代筆者氏名			本人との関係 ()