

介護保険 要介護認定・要支援認定 (新規・更新・変更・転入) 申請書

都城市長 宛て

申請年月日 年 月 日

申請者	氏名又は事業者名	事業所の場合は担当者名と事業所番号					
	認定を受ける方との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 (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)					
	住所	〒 _____ 電話番号 _____					

次のとおり申請します。

認定を受ける方	被保険者番号	_____						個人番号	_____						
	フリガナ	_____						生年月日	明・大・昭 年 月 日						
	氏名	_____						性別	男 ・ 女						
	住所	〒 _____						電話番号 _____							
	医療保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 宮崎県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 都城市 (国保加入の方) <input type="checkbox"/> その他 ()						保険者番号 _____						
		被保険者証	記号	_____			番号	_____			枝番	_____			
	主治医意見書依頼先	医療機関名	_____						最終受診日	年 月 日					
		医師名	_____						今後の受診予定	有 ・ 無					
		住所	〒 _____						電話番号 _____						
	訪問調査場所	住所地・その他 (施設名等 _____)													
		施設等の所在地	_____						電話番号 _____						
	訪問調査等について	立会者の有無 (有・無) _____ 立会者氏名 (_____) 続柄 () 携帯 (- -) 連絡事項 _____													
	現在受けているサービス及び曜日	<input type="checkbox"/> 訪問介護・訪問看護 (事業所名 _____) 利用曜日 (_____) <input type="checkbox"/> 通所介護・通所リハ (事業所名 _____) 利用曜日 (_____) <input type="checkbox"/> 施設入所 (ショートステイ) (施設名 _____) 利用期間 (_____) <input type="checkbox"/> 他 (_____) (事業所名 _____) 利用曜日 (_____)													
	過去6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/医療機関等の名称等・所在地 _____						期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
		介護保険施設/医療機関等の名称等・所在地 _____							年 月 日 ~ 年 月 日						
前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新又は変更の場合のみ記入	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
		変更申請の場合 申請の理由 _____													
	*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「はい」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日													

※介護保険被保険者証を添付してください。

第 2 号被保険者 (40 歳から 64 歳の方) のみ記入

特定疾病名	_____					
-------	-------	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、都城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情報提供することに同意します。

本人氏名 _____ (代筆者氏名 _____) 続柄 _____

入力日	調査員	調査日	窓口	保険証	個人番号確認	本人確認	代理人確認
				回収・紛失	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()