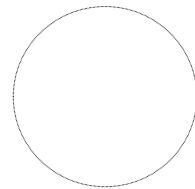


介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(新規・更新・変更) ←該当に○をつけてください。



備前市長様

次のとおり介護保険被保険者証を添えて申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日
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	年	月 日
	氏名		性別	男	・	女
	住所	〒 - 電話番号 () -				
	前回認定	要支援 () ・ 要介護 () 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
	変更申請理由 (変更申請の場合)	<input type="checkbox"/> 認知機能の低下による <input type="checkbox"/> 身体機能の低下による <input type="checkbox"/> その他 () (改善・悪化) したため				

提 出 代 行 者	氏名	<input type="checkbox"/> 家族 (続柄:) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	住所	〒 - 電話番号 () -				

主 治 医	医療機関名	主治医氏名
	所在地	〒 - 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 ※医療保険被保険者証の提示または写しを添付のこと

特定疾病名	医療保険者名・記号・番号
-------	--------------

訪 問 調 査	訪問調査先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 入院・入所先 (名称 () 号室)
	調査連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> その他 () (続柄) ※ 平日の昼間に連絡のつく携帯番号等 ()
	立会の希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (提出代行者 ・ 家族 ・ その他)

※更新・変更申請の人は、日程調整に必要なため、サービス利用状況を記入してください。

<input type="checkbox"/> 通所 ()	利用曜日 ()
<input type="checkbox"/> 訪問 ()	利用曜日・時間 ()
<input type="checkbox"/> 短期入所 (施設名)	今後1ヶ月の利用予定日 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 利用していない

裏面の同意事項について、同意します。
(自署の場合は、押印不要です)

本人氏名	印	代筆者	印
------	---	-----	---

