

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(宛先) 備前市長

次のとおり介護保険被保険者証を添えて申請します。

申請日 年 月 日

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入 転出元市町村名: _____ 異動日: / /										
被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0						個人番号				
	フリガナ							性別	男・女			
	氏名							生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	住所	〒 備前市 (電話) _____										
主 治 医	医療機関・施設の名称						氏名					
	所在地	〒 _____ (電話) _____										
調 入 所 ・ 連 入 絡 院 先	住所	〒 _____ (方) _____										
	<input type="checkbox"/> 居宅	施設・病院名					病棟・号室()					
	<input type="checkbox"/> 施設・病院	入所/退所(予定)日(~)										
	<input type="checkbox"/> その他	昼間に連絡のつく電話番号() 氏名() 担当者名 _____										
変更申請の理由 (主な疾患名, 心身の状況の変化等)		<input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 身体機能の低下 <input type="checkbox"/> その他										
裏面の同意事項を確認し同意します。												
本人署名 _____				代筆者署名 _____				本人との関係 _____				
(自署しない場合は記名押印)				(代筆の理由)								

※申請者が被保険者本人の場合、記入不要です。

提 出 者	氏名	_____ (本人との関係) _____									
	住所	〒 _____ (電話) _____ (<input type="checkbox"/> 同上)									
代 行 者	名称										
	所在地 代表者名	右記の該当に○ 指定居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域包括支援センター									

※この欄は該当がある場合に記入してください。

前回認定	要支援()・要介護()平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日
------	--------------------------------------

※この欄は第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入してください。

医療保険者	医療保険者番号
特定疾病名	記号・番号

以下は記入しないでください

LP入力	/	意見書	依頼日	/	在・施 新・継	調査日	調査員
滞納	有・無		期限	/			
			到着	/		-	

