

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

(受給者転入用)

那須塩原市長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名			本人との関係			
提出代行者 名称	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・介護医療院)					
申請者住所	〒		電話番号			

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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										
	前住所地における要介護認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	経過的要介護	要支援状態区分					
		有効期間	平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日			
	過去6か月間施設入所の有無(短期入所を除く)	入所施設名	(介護保険施設・介護保険施設以外)											
所在地														
期間		平・令	年	月	日	～	平・令	年	月	日				

主治医	主治医の氏名			医療機関名		
	所在地	〒		電話番号		

医療保険番号 ※特定疾病名は第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名			医療保険被保険者証記号番号		
医療保険者番号			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那須塩原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提示することに同意します。

本人氏名 _____

(家族の場合) 代筆者 _____ (続柄 _____)

(居宅介護支援事業者等の場合) 代筆者 _____

市記入欄

被保険者番号:	上記の申請について、次のとおり認定してよろしいか。				
氏名:	<input type="checkbox"/> 認定 (左記のとおり)				
要介護度:	<input type="checkbox"/> 非認定 (理由: _____)				
認定年月日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	課長	課長補佐	係長	係	起案者
認定有効期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日					