

介護保険

要介護認定・要支援認定(新規・転入)

申請書

(あて先) 一宮市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 險 者	介 護 保 險 被 保 險 者 番 号									個 人 番 号										
	医 療 保 險 者 名	<input type="checkbox"/> 一宮市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 一宮市後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他(保険者名:)								保 險 者 番 号										
	被 保 險 者 記 号 ・ 番 号	記 号								番 号					枝 番					
	フ リ ガ ナ									生 年 月 日										
	氏 名									性 別										
	住 所	電話番号																		
	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2																	
		有効期限	年	月	日	から	年	月	日											
	過去6ヶ月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	転出元自治体(市町村)名 []										はい・いいえ								
		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「いいえ」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																				
介護保険施設等の名称等・所在地 〒										期間 年 月 日～年 月 日										
医療機関等の名称等・所在地 〒										期間 年 月 日～年 月 日										
有・無	医療機関等の名称等・所在地 〒										期間 年 月 日～年 月 日									
	医療機関等の名称等・所在地 〒										期間 年 月 日～年 月 日									

提 出 代 行 者	名 氏 称 名	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)														
	住 所	〒														

主 治 医	主 治 医 の 氏 名					医 療 機 関 名				
	所 在 地	〒					電 話 番 号			

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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、一宮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。また、更新申請において現認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、申請日から30日を超える認定までの処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

○同意欄 本人氏名

※本人以外の方が申請を代行される場合は、提出代行者の欄にご記入ください。

調査依頼事業者

<事務処理欄> 一次 意見書 調査票 資格者証 受付 証無