様式第2号(第3条関係)

千曲市介護保険〔要介護認定・要支援認定〕等申請書

(宛先) 千曲市長　　介護保険法の規定による要介護(要支援)の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

申請区分	申請年月日
□ 新規　□ 更新　□ 区分変更　□ 受給者転入	令和　年　月　日

被保険者

介護保険被保険者番号		個人番号			
医療保険	保険者名		保険者番号		
	被保険者	記号		番号	枝番
フリガナ		生年月日	□明 □大 □昭　年　月　日		
氏名		性別	□ 男　□ 女		
		電話	(　)		
住所(住民票の)	〒　－				
調査場所	□ 自宅　□ 入院・入所先　□ 親族宅等(　□ｼｮｰﾄｽﾃｲ先)				
詳細 名称					
詳細 住所	〒　－	電話	(　)		
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入所、入院の有無(有の場合は右に詳細を記入)	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地	期間	～		
	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地	期間	～		
□ 有 □ 無	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地	期間	～		
前回の認定結果等	該当に○ 要支援(1 2)要介護(1 2 3 4 5)非該当 平・令　年　月　日 ～ 平・令　年　月　日	14日以内に他自治体から転入した方	転出元市町村名： 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「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：令和　年　月　日		
変更申請の場合 その理由(介護状態の変化)					

申請書提出者

フリガナ		続柄		(施設、医療機関で調査の方) 調査時の同席を希望 □ する　□ しない
氏名				
住所	〒　－	電話番号(日中連絡が取れる)	(　)	
提出代行者 事業所名	該当に☑ 〔 □地域包括支援センター □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 □介護医療院 〕			
提出代行者 住所	〒　－	電話番号	(　)	

訪問調査日程調整等に関する問い合わせ先が、上記「申請書提出者」と***異なる場合は***担当者名をご記入ください
(施設職員、病院ソーシャルワーカー等)

連絡先	担当者名	電話番号	(　)

今回の申請に対して意見書を書いていただく医師

主治医	医療機関名		医師名(ﾌﾙﾈｰﾑ)	(診療科：　)
	所在地	〒　－	電話番号	(　)

第2号被保険者(40～64歳の方)は、ご記入ください。(※被保険者欄の医療保険情報も記入必須)

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、主治医意見書、千曲市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、千曲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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名：　　代筆者氏名：　　(続柄：　)

本人確認欄
□個人番号カード
□運転免許証
□介護保険証
□医療保険確認書
□その他
(　)

特記すべき事項がある場合は裏面に記載し、ここに○印を記入

保険者処理欄
送付先住所 □　□
被保険者証 □
資格者証 □

訪問調査
依頼　．　．
予定　．　．
実施　．　．
Check□

調査員氏名　□

申請入力日　．　．

主治医意見書
依頼　．　．
予定　．　．
入手　．　．

審査会依頼　．　．

認定結果
自立
支1 ・ 支2
介1 ・ 2
・ 3 ・ 4 ・ 5

認定結果送付　．　．

主治医通知　．　．