

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、下記のとおり申請します。

1 新規申請	2 更新申請	3 区分変更	4 受給者転入	申請年月日 令和 年 月 日		
介護保険被保険者番号			個人番号			
被 保 険 者	医療保険	保険者名		保険者番号		
		被保険者証	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	
	住所			電話 ()		
	調査場所	①自宅		②入院・入所先		③親族宅等
		詳細	名称	住所等		
現在の要介護度と有効期間 要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) 令和 年 月 日まで			14日以内に他 自治体から転入 した者のみ記入	転出元市町村名： 現在、転出元市町村に認定申請中ですか。 はい・いいえ 「はい」の場合、申請日：平成 年 月 日		
変更申請の場合 その理由						

本人確認欄

個人番号カード

運転免許証

介護保険証

健康保険証

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

申請入力日

・

・

Check

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

主治医意見書

依頼

・

・

予定

・

・

入手

・

・

Check

審査会依頼

依頼

・

・

Check

認定結果

認定結果送付

・

・

主治医通知

・

・

Check

☆連絡先（申請や訪問調査に関することで連絡できる方を記入してください）

氏名			続柄等	
住所	〒 -		電話 ()	
提出 代行者	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・介護療養型医療施設・介護医療院）			
	〒 -		電話 ()	

◇主治医（普段からかかっているお医者さんを記入してください）

主治 医	医療機関名			主治医氏名	
	所在地	〒 -		電話 ()	

第2号被保険者（40～64歳の医療保険加入者）の方は、次の事項もご記入ください。

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、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：

代筆者氏名：