

介護保険 要介護・要支援認定申請書

受付印

申請区分	新規・更新・変更・転入・()
------	-----------------

鳴門市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被保険者 (認定を受けようとしている方)	フリガナ	男・女	生年月日	年齢	被保険者番号		
	氏名				個人番号		
	住所	〒 鳴門市					電話番号
	前回認定区分	非該当・要支援(1・2)・要介護()					
	認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 転出元自治体(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) はい・いいえ ⇒ 「はい」の場合 申請日 平成 年 月 日						
	変更申請理由 前回の状態に比べて (悪化・改善)したため。						
特定疾病名	第2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)のみ記入					<input type="checkbox"/> 医療保険情報写し添付	

※「介護保険証」・第2号被保険者の方は「医療保険証(写)」とともに提出してください。

申請者 (申請書を提出した方)	<input type="checkbox"/> 家族 [本人との続柄()] <input type="checkbox"/> 提出代行者[地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設・小規模多機能型居宅介護事業者] <input type="checkbox"/> その他					
	名称(氏名)					担当者名()
	所在地(住所)	〒 ー				電話番号

主治医 (意見書作成を依頼する医師)	医療機関名	医師名(診療科) (科)			
	意見書作成について主治医の承諾			あり・なし	最終診察日 年 月 日
	所在地	〒 ー 電話番号			

訪問調査	日程調整	(平日の日中に連絡が取れるところを記入ください)				
	連絡先	氏名	調査対象者との関係()			
	立会い者	(家族や施設職員等、調査対象者の日頃の状況を把握している方をお願いします。)				
	調査先	<input type="checkbox"/> 立会い者あり 氏名 <input type="checkbox"/> 本人のみで可 連絡先(自宅等・携帯)	調査対象者との関係 ()			
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院(病棟 階 号室) <input type="checkbox"/> その他()	【退院予定日 年 月 日】				
その他特記すべき事項						

※認定調査は生活の場において、原則平日の日中に行います。

調査委託先

介護サービス計画の作成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、鳴門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。
(更新申請の場合のみ)申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名

代筆者名

本人との関係