

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

安中市長様
 次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 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																					
	前回の要介護状態区分等	要介護区分	1	2	3	4	5	経過的要介護	要支援区分	1	2												
	<small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日																				
	申請理由	・サービスの継続利用 ・医療機関に勧められて ・その他() ・新たにサービス利用したい(・デイサービス ・デイケア ・ホームヘルプ ・ショートステイ ・福祉用具 ・住宅改修 ・その他)																					
	介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無	名称											入院(所)日	平成 年 月 日 ~									
	有 ・ 無	所在地	〒										退院(所)予定	有 ・ 無									
												退院(所)予定日	平成 年 月 日頃										
													電話番号										

申請者氏名											本人との関係	配偶者・子()・その他()									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請者住所	〒																			
	電話番号																			

提出代行者名称	該当に <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設																			
	《所在地》 〒																			
	《名称》 印																			
	《認定調査(市内事業者に限る)》 <input type="checkbox"/> 委託可 <input type="checkbox"/> 委託不可 電話番号																			

主治医	主治医の氏名											医療機関名											最終診察日	年 月 日									
	所在地	〒																				電話番号											

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 医療保険証の写しを必ず添付してください

医療保険者名											記号番号											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安中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																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定結果通知及び保険証等の希望送付先	1 自宅 2 届出の居宅介護支援事業者 3 入所先介護施設 4 その他 ()																			
調査立ち会い者	有 ・ 無	調査立ち会い者の連絡先(昼間連絡がとれるところ) 氏名 続柄 () 電話番号																		

支所確認欄																				
本庁確認欄																				

※申請時に介護保険証を必ず添付してください。(紛失の場合は裏面も記入してください)

介護保険 被保険者証等再交付申請書

(あて先) 安中市長

次のとおり、申請します。

			申請年月日	平成 年 月 日
申請者	氏名	被保険者との関係		
	住所			

※申請者が被保険者本人の場合、住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号						
	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒	電話番号				

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格者証 3 受給資格者証	4 負担割合証 5 負担限度額認定証 6 その他 ()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()	

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	
--------	--	---------------	--

市役所記入欄

申請者の本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
----------	--