

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

申請区分

新規（認定切れ 要支援の変更）

更新

変更（理由：状態の変化・その他）

転入

沼田市様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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														
	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				
											有効期間										年 月 日 から				
											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」を選択してください)															
										はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日															
現在の状況										在宅・(1. 同居家族有り 2. ひとり暮らし)・入院中・施設入所中・その他()															
変更申請の理由 変更申請のみ記入																									
病院・施設への入院・入所										病院・施設の名称等・所在地 (病棟)					期間 年 月 日 ~ 年 月 日										
有・無										病院・施設の名称等・所在地 (病棟)					期間 年 月 日 ~ 年 月 日										

提 出 代 行 者	申請者										本人との関係									
	申請者住所										〒									
	事業者										該当に○(地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院) (担当者氏名) 電話番号									

主治医	主治医の氏名										医療機関名									
	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）のみ記入してください

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画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・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沼田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、介護保険施設関係人、主治医意見書を記載した医師及び認定調査員に提示すること、並びに更新申請において認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、認定が申請から30日を超える場合であっても、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名

※ 病院・施設に同席の許可は得ていますか？ はい・いいえ

代筆者

訪問調査の同席希望 有・無										通所サービス (デイまたはデイケア利用) 有・無									
訪問調査連絡先					電話番号					続柄					利用曜日				
					氏名										月・火・水・木・金・土・日				

電話が繋がりにくい時間帯：

利用しているすべての事業所名：