

{
}

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
 要介護認定等変更 申請書

島田市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | |
|-------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------|--|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 住所 | | 郵便番号 島田市 電話番号 | |
| 保 険 | 更新・変更申請の場合のみ記入 | 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 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 | 転出元自治体（市町村）名 | | 現在、転出元の自治体に要介護・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。） |
| 者 | 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地 | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |
| | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |
| | 有 ・ 無 | 医療機関等の名称等・所在地 | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |

| | | | | |
|-------------------|----|--|--|--|
| 提出 代 行 者 | 名称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・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） | | |
| | 住所 | 郵便番号 電話番号 | | |

| | | |
|---------|--------|------------------|
| 主治 医 | 主治医の氏名 | 医療機関名 |
| | 所在地 | 郵便番号 電話番号 |

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入してください。

| | |
|--------|---------------|
| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証記号番号 |
| 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・要支援認定に係る調査内容、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島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若しくは介護保険施設の関係者、主治医意見書を記載した医師又は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