

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

山口県萩市長 あて
次のおり申請します。
申請年月日 令和 年 月 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 要支援者の要介護新規	<input type="checkbox"/> 転入
	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 区分変更	<input type="checkbox"/> （ ）

被保険者 (認定を受ける人)	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		男・女		年齢 歳		
	住所				〒		電話番号				
	現在の要介護 状態区分等		※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		
※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入			有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日				転出元自治体（市町村）名〔 〕		
申請の理由 ※新規・区分変更申請の場合に記入				現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ (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」の場合、申請日 令和 年 月 日							
				予防教室の利用の有無（有・無）							

申請者	氏名				<input type="checkbox"/> 被保険者本人				関係			
	住所				〒				電話番号			
	提出代行者 (事業者)				<input checked="" type="checkbox"/> 下記該当に <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設							

主治医	医療機関名				<input type="checkbox"/> 入院中〔退院の予定 有・無〕				
	主治医氏名		診療科		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
	所在地		〒		電話番号		<input type="checkbox"/> 通院 最終受診 令和 年 月		

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 ※医療保険証のコピーを添付してください。

特定疾病名	
-------	--

以下の事項に同意します。

- 介護（予防）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、認定にかかる調査内容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に提示すること。また、審査判定結果・意見を主治医意見書を記載した医師に提示すること。
- 更新申請において、現認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、申請日から30日を超える認定までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略すること。

本人氏名	代筆者氏名	関係	
------	-------	----	--

調査先	<input type="checkbox"/> 被保険者（自宅）		<input type="checkbox"/> 申請者宅（入院・入所施設を除く）		<input type="checkbox"/> 入院施設	
	<input type="checkbox"/> 入所施設		<input type="checkbox"/> その他		※入所施設及びその他の場合には、下欄に記入してください。	
	氏名 (名称)		住所		電話番号	

調査連絡先	<input type="checkbox"/> 被保険者（自宅） <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 入院施設 <input type="checkbox"/> 入所施設			立会希望	有・無 立会者（ ）
	<input type="checkbox"/> その他 ※下欄に記入してください。				

氏名(名称)	関係	電話番号
--------	----	------

被保険者証送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者（自宅） <input type="checkbox"/> 申請者		
	<input type="checkbox"/> その他 ※下欄に記入してください。（必ずご本人・ご家族の了承を得てください。）		

氏名(名称)	関係	電話番号
--------	----	------

住所 (所在地)	〒	<市使用欄>			
		<input type="checkbox"/> 保険証回収 <input type="checkbox"/> 資格者証交付 <input type="checkbox"/> パンフレット(説明) <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 保険料()			

備考	<input type="checkbox"/> 情報提供依頼書の有無（有・無）			
	受付			入力 チェック