

介護保険

要介護・要支援認定
要介護・要支援更新認定
要介護・要支援認定区分変更

申請書

沖縄市長 様
次のとおり申請します。意見書（郵送・手渡し_____） 申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 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				
	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				
			有効期限		令和	年	月	日	から	令和	年
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無		※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。 （既に認定結果通知書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 令和 年 月 日								
有 ・ 無		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							
		医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日							
変更申請の 理由		※区分変更申請の方のみ記入									

申請者	_____			被保険者との関係	_____
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____				
提出代行者	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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）				

調査立ち会い人氏名	_____			被保険者との関係	_____	
立ち会い人電話番号	1 :	_____			2 :	_____

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

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、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。
 ・更新申請に対する要介護認定・要支援認定を有効期間内に行うことができるのであれば、申請日から30日を越えて処分を行う場合であっても延期通知を省略することに同意します。
 ・介護認定調査について、認定調査員が入所中の施設職員及び入院中の病院職員、又は利用している介護サービス事業所の職員から、被保険者の日頃の状況を聴取することに同意します。

被保険者氏名： _____ 代筆者氏名： _____ 続柄 _____