

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(あて先) 前橋市長
次のとおり申請します。

新規 更新 変更 転入

町コード _____ 家族等同時調査 _____

被 保 険 者	被保険者番号				申請年月日				年	月	日		
	フリガナ				生年月日				年	月	日		
	氏名				性別	男・女	年齢	歳					
	住所 (住民票上)				電話番号				()				
	1 上記の住所 <input type="checkbox"/> 同居家族有り <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 上記施設入所中												
	現在の 居所 (あてはまるものに○及び必要事項を記入)		上記 以外 の 場 所	施設名 (方書)		(病院・施設・親族の家など、現在の居所を記入)							
	住所			〒 _____									
	入院・入所日			年 月 日			退院・退所予定		未定・有 (月 日頃)				
	変更申請理由				※変更申請の場合は記入				介護サービス 利用(予定)状況		有・無		
	心身の状態				現在、継続的に治療を受けたり、内服薬等の処方を受けている病名等を記入								
現在の要介護 状態等区分 (新規の場合は 記入しない)		要支援 要介護	1 2 1 2 3 4 5	有効期間		年 月 日 から 年 月 日							
※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。 はい(申請日 年 月 日)・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。)													
窓 口 に 来 た 方	氏名				被保険者との関係				代 行 事 業 者 <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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他				
	住所				電話番号								
	代行 事業者名				担当ケアマネジャー 氏名 担当施設職員								
主 治 医	名称		担当 医				氏名		診療科				
	所在地		〒 _____				電話番号		()				
	受診状況		定期的 ・ 不定期 ・ 入院中				最終受診日		年 月 日頃				
							次回受診予定日		年 月 日頃				
調 査 立 会 者	フリガナ				被保険者との関係				日中連絡のとれる 電話番号				
	氏名								()				
	調査立会者所在地				前橋市内・市外 ()				連絡のとりやすい 時間帯		<input type="checkbox"/> いつでも可		
情 報 提 供	調査時に注意して ほしいこと												
	調査を希望する曜日				※調査は平日9時~16時の間で行います。調査を希望する曜日に○をつけてください。 (月 火 水 木 金) <input type="checkbox"/> いつでも可				駐車場 有・無				
医療保険者名													
医療保険者番号				医療保険記号				番号		枝番			
第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方のみ記入→						特定疾病							
裏面の内容について同意します。													
被保険者氏名(必須)				代筆者氏名				被保険者との 関係 ()					
※被保険者本人が自署できない場合には、本人承諾のうえ代理人による代筆が可能です。その場合には、代筆者の署名をお願いします。													
個人番号				介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収(再交付申請済)受付者									

- (1) 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、主治医意見書、前橋市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を前橋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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）こと。
- (2) 認定調査のため、この申請書の写しを、認定調査に従事する調査員に提供すること。
- (3) 主治医意見書作成のため、この申請書に記載された情報を、主治医意見書を記載する医師に提供すること。
- (4) 更新申請において認定有効期間内に要介護認定・要支援認定が行われる場合は、当該認定が申請から30日を超える場合であっても、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。