

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書(□新規 □更新 □介護申請 □変更申請 □転入)

倉吉市長 様 ※介護保険被保険者証を添付してください。

次のとおり申請します。

申請年月日 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・平 年 月 日	
	氏 名		住 所		
	住 所		電話番号		
	前回の要介護 認定の結果等		*更新申請、介護申 請、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
			*14日以内に他自 治体から転入した者 のみ記入		有効期間 年 月 日 から 年 月 日
	変更申請の理由 *該当者のみ		・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		
	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		
有 ・ 無		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		

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)  電話番号 ー
-------------------	--

主治医	医療機関名	医師氏名
	所在地	(電話番号)

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険被保険者証の写しを添付してください

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、倉吉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。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

認定結果通知及び 保険証の送付先	1 自宅 2 届出の居宅介護支援事業所 3 入所先介護施設 4 その他( _____ )
---------------------	---

身元確認 □運転免許証 □介護保険証 □負担割合証 □医療保険証 □介護支援専門員証 □その他( \_\_\_\_\_ )  
代理権 □介護保険証 □医療保険証 □戸籍 □委任状 □その他( \_\_\_\_\_ )  
個人番号 □個人カード □通知カード □住民票 □システム