

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

申請書

余市町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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 要介護度認定 の結果等		要介護・要支 援更新認定の 場合のみ記入	要介護支援状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2			
			有効期間 平成・令和 年 月 日 から 令和 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。 (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 令和 年 月 日									
現在の状態		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅</li> <li>・ 医療機関 入院中</li> <li>・ 指定介護老人福祉施設 入所中</li> <li>・ 介護老人保険施設 入所中</li> <li>・ 指定介護療養型医療施設 入所中</li> <li>・ グループホーム 入居中</li> <li>・ ショートステイ 利用中</li> <li>・ その他(上記以外の施設)</li> </ul>			施設・医 療機関等 名称		平成・令和 年 月 日					
※該当に○を 記入 在宅以外は施設・ 医療機関名等を 必ず記入				期 間		退院/退所日 令和 年 月 日 予定・未定						

申請者氏名	被保険者と の関係	
申請者住所	〒 電話番号	

代 行 者	名称		
	住所	〒 電話番号	

主 治 医	主治医氏名	医療機関	
	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

特定疾病名	
-------	--

調査時 同席者	氏名:	電話番号:
	被保険者との関係:	
有・無	備考:	

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、介護認定調査会による判定結果・意見及び主治医意見書を余市町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

決 裁 欄	課 長	グループリーダー	グループ回議