

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 要介護認定変更

阿波市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号							個人番号						
	フリガナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日					
	氏名							性別	男・女					
	住所	〒 - 徳島県阿波市						電話番号						
	前回の要介護認定結果等 (更新・変更の場合のみ)	要介護状態区分		1	2	3	4	5	経過的要介護		要支援状態区分		1	2
		有効期間		年 月 日		から		年 月 日						
	介護保険施設・医療機関・グループホーム等 入院入所の有無 (短期入所を除く) 有・無	介護保険施設の名称						期間						
		所在地						年 月 日～年 月 日						
		医療機関等の名称						期間						
		所在地						年 月 日～年 月 日						
	変更申請の理由 (変更申請の場合のみ)													
	認定調査連絡先	氏名						電話番号						
調査時同席希望	有・無		同席者氏名											
調査の不都合日	有・無		不都合日											
連絡希望時間	有・無		午前・午後 ～ 時頃(その他)											

※連絡希望時間は8:30～17:15の間でお願い致します。

提 出 者	提出者氏名							本人との関係						
	提出者住所	〒 -						電話番号						
	提出代行者名	(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・その他)												

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)のみ必ず記入のこと

医療保険者名							医療保険者証記号番号						
特定疾病名													

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、及び主治医の意見書を阿波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又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。

本人同意署名欄

(代理人署名欄)

【記入の見本】

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
要介護認定変更

申請書

該当する項目を囲んでください。

阿波市長 様

次のとおり申請します

介護保険被保険者証の番号が分かる場合に記入してください。

申請年月日 令和2年 1月29日

被 保 険 者	被保険者番号	0000012345	個人番号	123456789123	
	フリガナ	アワ タロウ	生年月日	明・大(昭)10年 2月 3日	
	氏名	阿波 太郎	介護保険の認定を受けたい人の氏名・住所・生年月日等を記入してください。(男)・女		
	住所	〒771-1600 徳島県阿波市 市場町八幡字古田201番地1 電話番号 0883-36-6814			
	前回の要介護認定結果等 (更新・変更の場合のみ)	最近6ヶ月間で介護保険施設に入所、又は医療機関に入院されている場合は記入してください。養護老人ホーム・ケアハウスもここへ記入してください。			
	介護保険施設・医療機関・グループホーム等 入院入所の有無 (短期入所を除く)	介護保険施設の名称	所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日	
		医療機関等の名称	〇〇病院	期間 R1年10月 1日～ 年 月 日	
	有・無	所在地	阿波市阿波町東原173番地		
	変更 (変更)	記入例の場合は、訪問調査日を「阿波花子様と午後0時～午後1時の間」に連絡して決めます。訪問する日は、「火曜日、2月10日」以外の日で調整します。なお、連絡・調査は原則として平日に行います。			
	認定調査連絡先	氏名	阿波 花子	電話番号	090-0000-1111
調査時同席希望	(有)無	同席者氏名	阿波 花子		
調査の不都合日	(有)無	不都合日	火曜日 2月10日 通院のため		
連絡希望時間	(有)無	午前・(午後)	0 ～ 1 時頃 (その他)		

※連絡希望時間は8:30～17:15の間でお願い致します。

提 出 者	提出者氏名	阿波 花子	本人との関係	子
	提出者住所	〒 同上 電話番号 090-0000-1111		
	提出代行者名	(地域包括支援センター・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・その他) 家族が申請する場合は記入してください。		

主 治 医	主治医の氏名	土成 一郎	医療機関名	阿波市民病院
	所在地	〒771-1600 阿波市土成 申請者の状態が一番よく分かっている医師1名の氏名および医療機関名を記入してください。		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ必ず記入のこと

医療保険者名	阿波市	医療保険者証記号番号	あわ - 123456789
特定疾病名	脳血管疾患	医療保険の保険者名と記号番号、特定疾病名(16疾病)を記入し、医療保険証のコピーを添付してください。	

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する必要があるときは、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、及び主治医の意見書を阿波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又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。

本人同意署名欄は必ず記入してください。本人同意署名欄(家族代筆の場合は代理人署名欄にも記入ください。)

阿波 太郎

阿波 花子