

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 者	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				〒 - 徳島県阿波市				電話番号							
	前回の要介護認定結果等				要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2							
	(更新・変更の場合のみ)				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)				介護保険施設の名称				期間							
					所在地				年 月 日～ 年 月 日							
	有 ・ 無				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8:30～17:00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							

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・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

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)

(続柄)