

介護保険 要介護・要支援 認定／更新／変更 申請書

新規	更新	介護	変更

(宛先) 焼津市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年	月	日
---	---	---

変更申請の理由：

申請者氏名			
本人との関係			
申請者住所	〒	電話番号	
訪問調査	立会者氏名： 本人との関係： 昼間連絡のつく電話番号：		
(事業者記入欄) 申請手続代行	<input type="checkbox"/> 該当区分…レ点をつける <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"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他	提出代行事業者名称

被保険者	介護保険被保険者番号			個人番号		
	医療保険情報	<input type="checkbox"/> 焼津市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 静岡県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他（保険者名： 保険者番号： 記号・番号・枝番： ）				
	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	氏名			生年月日	年	月 日
	住所	電話番号（ ）				
	前回の要介護認定の結果	支・介（ ）	有効期限満了日	年 月 日 まで		

主治医	主治医の氏名			医療機関名		
	所在地	電話番号（ ）				
	最終受診日	年	月	日	次回受診予定日	年 月 日

※ 被保険者が、医療機関や福祉施設などに入院・入所している場合に記入（短期入所を除く。）

・入院所	医療機関施設名			入院・入所日	年	月	日
	所在地			退院・退所予定	頃：未定		

※ 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の場合に記入

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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、焼津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、焼津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。）ことに同意します。また、有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができる場合は、延期通知（法第27条 第11項の通知をいう。）を省略することに同意します。

本人氏名

--	--

市処理欄

日程	/	()	場所	自宅・()
調査員	(前回 :)	駐車場	自宅・()
保険証回収 済・未	資格者証発行 済・未	主治医同意 有・無	計画届出 済 ()	・未
本人(代理人)確認 番号カード・免許証・専門員証 / 2点		介護証・割合証・医療証・他()	代理権確認 介護証・委任状・他()	