

## 介護保険要介護・要支援認定申請書（新規・更新・変更・介護・転入）

<b>安八郡広域連合長 様</b>		次のとおり申請します。		申請年月日	年	月	日
被 保 険 者	被保険者番号	8	000	個人番号			
	フリガナ			性別	男 ・ 女		
	氏名			生年月日	明・大・昭	年	月 日
	住所	〒 —		電話番号	— —		
	変更申請の理由	*区分変更の場合のみ記入					
主 治 医	医師氏名			医療機関名称			
	所在地	〒 —		電話番号	— —		
申 請 者	氏名または名称 (提出代行者は押印)	印		被保険者との関係	夫・妻・子・その他 ( )		
	住所または所在地	〒 —		電話番号	— —		
	提出代行者の場合 (いずれかに○)	① 地域包括支援センター ② 居宅介護支援事業者 ③ 指定介護老人福祉施設 ④ 介護老人保健施設 ⑤ 指定介護療養型医療施設 ⑥ 地域密着型介護老人福祉施設 ⑦ その他 ( )					

\*申請者が被保険者本人または同居の家族の場合、『申請者 住所または所在地』欄の記載不要

医療保険者名		記号番号	
特定疾病名	脳血管疾患 ・ がん ・ その他 ( )		

\*第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入（※医療保険証の写し添付）

同 意 署 名 欄	私は、介護サービス計画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・要支援認定に係る調査内容、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安八郡広域連合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、介護保険施設の関係者並びに主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事する調査員に提示又は情報提供することに同意します。 また、判定結果「要支援1」「要支援2」又は「非該当」の場合、私の住所を担当地域とする地域包括支援センターに、認定結果、住所、氏名、性別、生年月日及び連絡先等の情報を提供することに同意します。 （第2号被保険者の場合）要介護認定にあたり、安八郡広域連合にて介護保険受給者、その配偶者及び扶養義務者の医療保険料（税）等の収納状況を関係医療保険者へ照会及び閲覧することに同意します。		
	被保険者氏名	(代筆した場合)	氏名

**【訪問調査】（※必ず立会人氏名と連絡先を記入してください）**

訪問調査希望日時	年 月 日 (月・火・水・木・金)		午前・午後	時 分
※訪問先が介護保険施設 又は入院先の病院の場合	名称			
	所在地	〒 —	電話番号	— —
立会人氏名	有 無	立会人連絡先	— —	
		※日中連絡がとれる電話番号		

訪 問 調 査 先	役場・包括	社協	広域	被保険者証	広 域 記 入	台帳記載	システム記入	証返却
	調査員氏名					紛失後日	/	/
身 元 確 認	国または地方公共団体の機関が発行した身分証明で写真を貼付されたもの1点				2点必要なもの			受付者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> パスポート		<input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 各種公的年金証書		
	<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード			
	<input type="checkbox"/> 各種障害手帳	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険被保険者証	<input type="checkbox"/> その他			