

被保險者番号

621

令和

0	5
---	---

年 0

1	1
---	---

1

[illegible]

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新・**変更**・転入)

市長 廣島

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者氏名	佐伯 安芸子		本人との関係	妻							
提出代行者 名 称	備後リハビリテーション病院					印					
申請者住所	※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 〒 ー 電話番号 ( )										
被 保 険 者	被保険者番号	5 4 4 0 5 0 3 8 9 1		個人番号							
	フリガナ				性別	元号		生年月日			
	被保険者氏名				<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	<input type="checkbox"/> 1明治 <input type="checkbox"/> 2大正 <input type="checkbox"/> 3昭和		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
	住 所	〒 ー			電話番号		( )				
	現在（前回）の 要介護状態区分 （認定結果）等	更新変更時のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2						
者		有効期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
	14日以内に 他自治体から 転入した者の 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。 はい ・ いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はい」を選択してください。)		「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日							
変更申請の理由 (変更時のみ記入)	状態が悪化したため										
入所・入院施設名 (短期入所を除く)	施設名			所在地							
主 治 医	主治医の氏名	島 広志		医療機関名	備後リハビリテーション病院						
	所在地	〒 ー		電話番号		( )					

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

要介護認定・要支援認定に関するあなたの個人情報取扱についてお答えください。

(「はい」又は「いいえ」のいずれかに／印をしてください。)

- ① 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なときは、その計画を作成する者に判定結果を提示することに同意しますか。 ☒ はい ☐ いいえ
- ② 主治医意見書を記載した医師に、判定結果を通知することに同意しますか。 ☒ はい ☐ いいえ
- ③ 判定結果が非該当、要支援1又は要支援2となった場合、介護予防ケアマネジメントにより生活機能低下の防止や状態の維持・改善を図るため、地域包括支援センターに、調査内容、判定結果、主治医意見書を提供することに同意しますか。 ☒ はい ☐ いいえ

(本人氏名を代筆した場合)

本人氏名

代筆者氏名

本人との関係

住所

代筆理由

認定申請聞き取り調査票

□健康保険証（2号）

被保険者証の回収（有・~~無~~・再交付・調査時回収）

認定調査依頼先

事業所名

電話番号

( )

調査場所	居宅
	入院先（ ）病棟（ ）電話確認⇒無・有（ ）に伝言（ ）
	その他（ ）
生活状況	・独居 ・同居 ・日中独居 ・家族構成（ ）
調査立会人	・なし ・あり⇒氏名（ ）続柄（ ）
連絡先	・本人 ・立会人 ・その他（ ）
	電話番号（ ）
調査日程	年 月 日（ ） 時間（ ） 担当者（ ）
本人の状況	認知（有・無） 難聴（有・無）

主治医意見書 ⇒ ・自宅・~~直送~~・施設・窓口渡し[・本人・家族・ケアマネ・その他（ ）]  
（備考）

※聞き取り調査票は区職員が記入します。