

太枠の中を記入してください。

●訪問調査時、同席される方を記入してください。

同席者	氏名	続柄	連絡先	自宅 勤務先 携帯電話

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

米子市長様

※該当するものに○を付けてください。

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

新規

更新

変更

被 保 険 者	介護保険被保険者番号						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 (現住所)		〒				(必ず連絡の取れる所を記入してください。)						
			電話番号										
	前回の要介護認定の結果等		要介護状態区分		1	2	3	4	5	要支援状態区分		1	2
			有効期間		平成・令和	年	月	日	から	令和	年	月	日
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		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						
		「はい」の場合、申請日				令和	年	月	日				

●入院、入所(居)中(又は予定)の方は必ず記入してください。(ショートステイ含む。)

期間	年	月	日から	病院入院
	年	月	日まで	施設入所(居)

提出 代 行 者	名称	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・指定介護療養型医療施設)			
	住所	〒			
		電話番号			

●主治医の氏名と医療機関名は、必ず記入してください。

主 治 医	主治医の氏名			医療機関名		
	診療科	(鳥大病院のみ記入)		科		
	所在地	〒		電話番号		

●第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

※申請区分にかかわらず医療保険被保険者証の写しを添付してください。

特定疾病名	
-------	--

【本人同意欄】

介護サービス計画及び介護予防計画を作成するため並びに介護老人福祉施設入所申請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、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を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、親族、主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事した調査員に提供することに同意します。

本人氏名
