

# 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)

白石市長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

申請者氏名				介護認定を受ける方との続柄			
申請者住所 <small>※申請者が介護認定を受ける方の場合、住所電話番号は記載不要</small>	〒 -			電話番号			
提出代行者	名称	(□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	〒 -					
		印					
		電話番号					

介護認定を受ける方(被保険者)	個人番号											
	被保険者番号											
	医療保険者名	医療保険被保険者証 記号 番号										
	フリガナ											
	氏名						年齢	満 歳				
							性別	男 ・ 女				
	住所	〒989- 白石市										
		電話番号										
	現在の要介護認定の結果等 <small>※更新・変更申請の場合のみ記入</small>	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2		
		認定の有効期間	年 月 日 から					年 月 日				
変更申請の理由 <small>※変更時のみ記入</small>												
過去6月間の介護保険施設又は医療機関等への入院・入所有・無	介護保険施設の名称等・所在地					年 月 日 ~ 年 月 日						
	医療機関等の名称等・所在地					年 月 日 ~ 年 月 日						

主治医	主治医の氏名					医療機関名					
	所在地	〒 -				処理欄	意見書	前回主治医			
						新・継					

### 要介護認定等情報の提供等に関する同意事項

- ① 介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントのために必要があるときは、その計画を作成する者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人又は認定調査に従事した調査員に判定結果を提示す
- ② 主治医意見書を記載した医師から要望があるときは、判定結果を同医師に通知すること。
- ③ 判定結果が、非該当、要支援1又は要支援2になった場合、介護予防ケアマネジメントにより生活機能の低下の防止や状態の維持の改善を図るため若しくは介護予防サービス計画の作成のために必要があるときは、白石市地域包括支援センターに判定結果、認定調査票、主治医意見書を提供すること。

私は、要介護認定等情報の提供等に関する上記の項目に同意します。

※介護認定を受ける方の氏名を代筆した場合に記入してください。

介護認定を受ける方の氏名	代筆者氏名	介護認定を受ける方との続柄
代筆理由		

特定疾病名 <small>※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</small>			
--	--	--	--

市処理欄	月 日 ( )	午前・午後	時 分	から
保険証	<input type="checkbox"/> 回収済	<input type="checkbox"/> 調査時回収	<input type="checkbox"/> 再交付申請済	<input type="checkbox"/> 新規2号
資格者証	<input type="checkbox"/> 交付済	<input type="checkbox"/> 調査時渡し	<input type="checkbox"/> 郵送	納付状況 <input type="checkbox"/> 確認済

収 受	
--------	--