

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

新規
 更新
 転入
変更（要支援からの要介護新規）

※右の該当するものに✓印を付けてください。

(宛先) 大館市長
 次のとおり申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日
申請者氏名	被保険者との関係					
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・介護医療院）					
申請者住所	〒 — 電話番号 — —					
介護保険被保険者番号	個人番号					
医療保険	保険者名	記号		被保険者番号(枝番)		()
	保険者番号	資格取得日	年	月	日	被保険者との関係 本人・扶養 ()
フリガナ	性別		男 ・ 女			
被保険者氏名	生年月日		明・大・昭	年	月	日
被保険者住所	〒 — 電話番号 — —					
※14日以内に転入したかたのみ記入してください。	転出元自治体（市区町村）名 ()					
	※転出元自治体で要介護認定申請中のかた 申請日（令和 年 月 日）					
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 年 月 日 から			年 月 日		
区分変更理由	1 状態の改善 2 状態の悪化	具体的状況				
調査実施場所	被保険者住所地 ・ 入院中 ・ 施設入所中 ・ その他 ()					
	住所地以外の場合					
調査日連絡先	立会者の氏名		※ 日中に連絡が可能なところを記入してください。			
	(被保険者との関係)		被保険者自宅・その他(名称) 電話番号 — —			
主治医	医療機関名	(科)		主治医氏名		
	所在地	〒 電話番号 — —				
備考欄						

※第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険の加入者）のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

情報提供への同意

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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、大館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、大館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。

被保険者氏名 _____

処理欄	受付印
	保険証の返還
	未・済