

介護保険 要介護・要支援認定（新規・更新）申請書

瀬戸市長様

次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

申請者氏名 (窓口に来られた人)			被保険者との関係				
提出代行者 名称 (事業者記入欄)	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設						
申請者住所 (事業者所在地)	〒 ー ー ー ー ー ー		自宅 () ー	ー			
			携帯 () ー	ー			
被 保 険 者	被保険者番号			個人番号			
	医療保険情報	医療保険者名			医療保険者番号		
		医療保険者被保険者記号番号					
	(フリガナ)	-----					
	氏名						
	生年月日	M・T・S	年	月	日 (歳)	性別	男・女
	住所	〒 ー ー ー ー ー ー		自宅 () ー	ー		
			携帯 () ー	ー			
前回の要介護認定の結果等 (更新のみ記入)	要介護状態区分						
	認定有効期間	年 月 日		～	令和 年 月 日		
現在の施設等への入所・入院の状況 有・無	(施設名)				入所・入院	年 月 日	
	(所在地) 〒 ー ー ー ー ー ー				退所・退院予定	年 月 日	
主 治 医	医療機関名			最終診察日	年 月 日		
	主治医氏名			次回診察日	年 月 日		
	所在地 (市外のみ記入)	〒 ー ー ー ー ー ー		電話 () ー	ー		

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

特定疾病	
------	--

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、瀬戸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、瀬戸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。更新申請においては、申請から30日以内に認定がされない場合でも、現在の認定有効期間内に認定の結果が通知される場合には、認定延期通知書の送付が省略されることに同意します

被保険者氏名：

※下記は記入不要です

訪 問 調 査	受 付	入 力	保 険 証	給 付 制 限	滞 納	送 付 先
日時: 月 日 () 時 分				あ り	あ り	要
場所: 自宅・施設 ()				な し	な し	不 要
立会い: あり(続柄)・なし						
主治医意見書対価区分	備 考					
1: 在宅新規 2: 施設新規 3: 在宅継続 4: 施設継続						