

}
}
}

介護保険
}
}
}
要介護認定・要支援認定
}
}
}
要介護更新認定・要支援更新認定
}
}
}
申請書

丹波市長 様
次のとおり申請します。

申 請 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

申 請 者 氏 名	フリガナ	本人との関係 <small>※代理申請の場合記入のこと</small>
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、介護医療院)	
申 請 者 住 所	〒	
	電話番号	

▲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

		被保険者区分					1号被保険者・2号被保険者						
被 保 険 者	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	
		氏 名	フリガナ				生 年 月 日	明治・大正・昭和					
							年 月 日	年 月 日					
		住 所	〒				年 齢	歳	性 別				
							電話番号						
		前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	* 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2					
							有効期間 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 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日									
	過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 入 所 の 有 ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地				期 間	年 月 日 ~ 年 月 日						
		医療機関等の名称等・所在地				期 間	年 月 日 ~ 年 月 日						

主 治 医	主 治 医 の 氏 名	医 療 機 関 名	
	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

医 療 保 険 者 名	保険者番号 ()	医 療 保 険 被 保 険 者 証 記 号	番 号	記 号	番 号
特 定 疾 病 名					

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、及び主治医意見書を、丹波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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本 人 氏 名	代 筆 者 氏 名	続柄()
---------	-----------	-------

処 理	システム入力	主治医意見書依頼	認定調査依頼	被保険者証添付	処理者
	済(月 日)	済(月 日)	済(月 日)	有 ・ 無	