

介護保険 要介護・要支援(認定・更新・変更)申請書

(宛先)
輪島市長

次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

申請(代行)者氏名	被保険者との続柄
提出代行者	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) 事業所名 所在地
申請者住所	〒 電話番号

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) 被保険者氏名	生年月日 年 月 日 性別 男・女
現住所	〒 電話番号
住民票のある住所	〒
現在の要介護状態区分等	要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2
	有効期間 年 月 日 から 年 月 日まで
	*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。 (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・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日
変更申請理由(変更のみ記入)	
介護保険施設及び医療機関への入所(入院)の有無(除:短期入所)	有 入所(入院)施設名 所在地
	無

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歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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輪島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。

被保険者氏名
