

介護保険要介護・要支援（新規・更新・変更）認定申請書

(受付印)

入力者サイン

確認者サイン

砺波地方介護保険組合 理事長 宛

- ・太枠内を記入してください。
- ・「◆」欄は該当する方のみ記入してください。

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 | |
| 申請代行者 所属名称 | 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 _____ | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------|--|--|--|--|-------------|--|--|--|------------|-----------------------------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護保険被保険者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 _____ | | | | | | | | | | (この欄は、申請者が被保険者本人の場合は記載不要です) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 電話番号 _____ | | | | | | | | | | |
| ◆介護保険施設 に入所している 場合に記入 (短期入所を除く) | 入所施設名 | | | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 電話番号 _____ | | | | | | | | | | | |
| ◆更新(変更)認定 の場合に 記入 | 前回(現在)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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ◆変更申請の 場合に記入 | 変更申請の理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---------------------|--------|-------|------------|
| 主治医意見書の添付 | | 有 ・ 無 | |
| ◆意見書の添付の ない場合に記入 | 主治医の氏名 | | 医療機関名 |
| | 所在地 | | 電話番号 _____ |

医療保険

| | | | | |
|-----------------------------|--|-------------|----|----|
| 保険者名 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 () | 被保険者証 記号 | 番号 | 枝番 |
| 保険者番号 | | | | |
| ◆第二号被保険者 (40歳から64歳の方) 特定疾病名 | | | | |

| |
|--|
| 備考 被保険者の認知症の症状 (有 ・ 無) 現在の状況(在宅・入院中・入所中・その他) |
|--|

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砺波地方介護保険組合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または認定調査に従事した調査員に提示・提供することに同意します。

また、この申請が更新申請に係るものであって、有効期間内に要介護認定・要支援認定の結果が通知されるのであれば、延期通知を省略されることに同意します。

地域支援事業を実施するために必要と認められる時は、同一世帯員の税関係情報等について、砺波地方介護保険組合が調査することに同意します。

被保険者氏名 (代理者氏名 被保険者との続柄)

- (※) 1. 『主治医意見書』及び『介護保険被保険者証』『医療保険被保険者証』を添付して申請してください。
2. 裏面の《記載上の注意》をお読みください。

《記載上の注意》

主治医意見書

意見書は主治医(かかりつけの医師)に記載してもらってください。

(記載にかかる費用は無料です。)

主治医がおられない方は各市役所の介護保険担当課にご相談ください。

なお、意見書は場合により郵送されることもありますので医師に確認してください。

○申請時に確認のため『介護保険被保険者証』『医療保険被保険者証』を申請窓口へ持参ください。

※申請についてのお問い合わせ先

各市役所の介護保険担当課へご連絡ください。