

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

泉 南 市 長 様

該当するものに☑をしてください

申請年月日

次のとおり申請します。

☐新規

☐更新

☐要支援からの新規申請

☐転入

年

月

日

被 保 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			
	フリガナ												生年月日		()歳										
	氏 名																								性 別
	住 所		〒										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		有効期限																				
			※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])																				
	過去 6 月間の 介護保険施設 医療機関等 入院・入所の 有無(○を)		有	入院・ 入所施設名												入院・入所の期間 ／ から ／									
				所 在 地												現在も入院・入所中									
		無																							

申 請 者 (提出 代 行 者)	氏名 (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)個人の方はフリガナを																	
	住 所		〒 担当者名()																	
		電話番号																		

主治医	氏 名		診療科(科)				医療機関名				直近の受診日： 月 日				
	所 在 地		〒 電話番号												

第二号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

※医療保険証のコピーが必要です

特定疾病名	
-------	--

私は、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、泉南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、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。

併せて、主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護・要支援認定結果情報を提示することに同意します。

本人氏名