

介護保険要介護・要支援認定申請書（新規）

受付

MCWEL	受付簿

佐伯市長様

次のとおり申請します

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号				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		明・大・昭 年 月 日	
	氏 名				性 別		男 ・ 女	
	住 所				電話番号 - -			
	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 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日				転出元自治体（市町村）名 []			
	前回（現在）の要介護認定の結果等		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		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 令和 年 月 日			
	申請の理由							
入院・入所 1. 介護保険施設 2. 医療機関 ※過去6カ月間について記入	種別		名称・所在地			期 間		
	1・2		所在地 名称			入院・入所中 年 月 日～ 年 月 日		
	1・2		所在地 名称			入院・入所中 年 月 日～ 年 月 日		

申 請 者	氏 名			本人との関係	
	住 所			電話番号	

提 出 代 行 者	名 称				
	住所				
電話番号					

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	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

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、及び主治医意見書等を、佐伯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、認定調査に従事した調査員又は佐伯市若しくは地域包括支援センターが主催する地域ケア会議の出席者に提示することを同意します。

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____

