

## 介護保険 要介護認定・要支援認定（新規・更新・変更）申請書

水見市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 險 者	介護保険 被保険者番号														個人番号									
	医 療 保 險	保険者名						保険者番号																
		被保険者 記号・番号	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 ( ) —————																					
	前回の要介護 認定の結果等 ※更新・変更申請の 場合のみ記入		要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5																					
	申請の理由 ※新規・変更申請の 場合のみ記入		有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 介護サービス利用希望のため <input type="checkbox"/> 認知・身体機能の低下のため <input type="checkbox"/> 骨折・疾患により状態が悪化したため <input type="checkbox"/> その他 ( ) ●包括連携チェック <input type="checkbox"/>																					
	過去6ヶ月間の介護 保険施設、医療機関等、 入院、入所の有無		介護保険施設、医療機関等の名称				期間 年 月 日 ~ 年 月 日																	
有・無		介護保険施設、医療機関等の名称				期間 年 月 日 ~ 年 月 日																		

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・介護医療院)																	
	住 所	〒———— 電話番号																	

主治医	主治医の氏名					医療機関名 診療科名																	
	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、水見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又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

※ 本人が自署不能のため代筆した場合は、代筆者欄も記入してください。

本人署名	(代筆者署名)	本人との続柄 ( )																	
------	---------	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

●テイ利用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	●認定調査 日時: / ( ) : ~	意 証
●透析 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日	場所: (TEL <input type="checkbox"/> : ) 立会い: (続柄 )	
●ショート利用(予定)日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	確認TEL: 自宅・連絡先: — — —	
※初めての施設でショートステイを利用した場合は、調査日まで一週間あけること※		
●連絡先 — — — (氏名: )		

(注) 1.【介護保険被保険者証】、【主治医意見書】を添付してください。

2.【医療保険の資格情報がわかる書類（資格情報のお知らせ、資格確認書等）】を提示してください。

2号医療資格  
情報コピー

# 個人番号に関する委任状

※被保険者本人以外が代理で申請する場合のみ記入してください。

## 委 任 状

### 代 理 人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、私の個人番号を氷見市に提供することを委任します。

令和 年 月 日

### 被 保 險 者 (本人)

被保険者番号									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所 富山県氷見市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

印

※氏名は本人が自署し、押印してください。本人が自署不能のため代筆した場合は、代筆者の氏名を記載してください。

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_