

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書

(あて先) 浜松市長

次のとおり、申請します。

新規 更新 区分変更

新規(要支援からの区分変更)

※申請者が本人の場合は、記載不要です。

申請年月日		令和 年 月 日
申請者氏名	被保険者からみた関係	
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)	
申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	
	(マンション名・室番号等)	電話番号() -

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ	生年月日 明・大・昭 年 月 日		
	氏名	性別 男 ・ 女		
	住所	浜松市 区 (マンション名・室番号等) 電話番号() -		
	訪問調査先 (上記住所と異なる場合のみ記入してください)	※施設名・住所等 (マンション名・室番号等) 電話番号() -		
	訪問調査の 立会人	フリガナ	被保険者からみた関係	電話番号() - 自宅・職場
		氏名		電話番号() - 携帯
	訪問調査の希望条件	月・火・水・木・金		時間帯 午前・午後
	前回の要介護 認定等の結果	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	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
※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 令和 年 月 日			
変更申請の 理由				

主治 医	医療機関名	氏名
	所在地	[最終診察日 令和 年 月 日] 電話番号() -

■調査を特に急ぐ必要のある「がん患者」の方につきましては、右欄に○印をしてください。 有 無

医療保険者名	保険者番号	記号番号
特定疾病名		

※第2号被保険者の場合は、特定疾病名を記入してください。

同意に関する事項(同意される場合は、□内にレ点を記載するとともに、氏名欄に署名をお願いします。)

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、主治医意見書、浜松市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、浜松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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提供する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

現在の認定有効期間内に更新認定が行えるときは、延期通知を省略することに同意します。

代筆者氏名 本人氏名(署名)

備考	
----	--

処理	受付	入力	証回収	証交付	主治医	がん患者	医療保険サービス 利用の確認	転送先	中央・東・西・南 浜名・北・天竜

