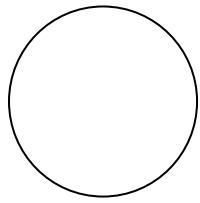


介護保険要介護認定・要支援認定（新規・更新・変更）申請書



滑川市長 へ

・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		年 月 日	
申請者氏名	被保険者との関係		
申請者住所	電話番号		
介護保険に関する書類の送付先 (本人以外の場合)	電話番号	受取人の氏名 及び関係	(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)		

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										
	フリガナ												性別	男 ・ 女										
	氏名												生年月日	年 月 日										
	住所 (申請者が被保険者本人の場合記載不要)												電話番号	-										
	介護保険施設の入所の有無 (短期入所を除く)		有・無	※有の場合記入 入所施設名										所在地	〒 - 電話番号 -									
	※ 更新(変更)認定 の場合に記入		直近の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無		介護保険施設の名称等										期間 年 月 日 ~ 年 月 日									
			有・無		医療機関等の名称等										期間 年 月 日 ~ 年 月 日									
	※ 変更申請の場合に記入		変更申請の理由										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 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日から 年 月 日											

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	-									

※ 第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考	被保険者証の添付の有・無(再交付申請・後日)																					
認定調査立会希望	有 ・ 無																					
立会者連絡先及び氏名	TEL	-										(氏名	本人との続柄)									

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、主治医意見書、滑川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、滑川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、介護予防支援事業者、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示する（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。

本人氏名 _____ (代理者氏名 _____ 本人との続柄 _____)

(注) 『主治医意見書』及び『介護保険被保険者証』を添付して申請してください。

市 処 理 欄	(1) 給付制限	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	前回調査員			
	(2) 他制度との給付調整	<input type="checkbox"/> 公費負担優先給付	(<input type="checkbox"/> 公害 <input type="checkbox"/> 労災等)	<input type="checkbox"/> 非該当	C. P. 届出書	有・済	居宅介護支援事業者