

様式第 11 号 (第 8 条関係)

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新・変更)

(あて先) 紀の川市長

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者氏名			本人との関係							
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・指定介護療養型医療施設)									
申請者住所	申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 〒 電話番号 ( )									
被 保 者	被保険者番号									
	フリガナ			生年月日	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	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2
	変更申請の理由	変更申請のときのみ記入								
	過去 6 月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無 (短期入所除く)	有	入所施設名・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		無	医療機関名・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
主治医	医療機関名				主治医の氏名					
	所在地	〒 電話番号 ( )								
第 2 号被保険者 (40 歳から 64 歳の医療保険加入者) のみ記入										
医療保険者名					医療保険被保険者証記号番号					
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は必要があるときは、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、紀の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又は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。

代筆者氏名			本人との関係	本人氏名
代筆者住所			電話番号	

市記入欄 (記入しないで下さい)

入力の確認

資格者証の発行	認定調査連絡事項	認定調査委託先
済・未	有・無	

資格者証	認定調査	医師意見書