

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

丸亀市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日
↓記入しないでください

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	記入しないでください					
	医療 保 険	保険者名	保険者名をご記入ください		保険者番号	保険者番号をご記入ください			
		被保険者 記号・番号	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇	枝番	〇〇	
	フリガナ	マルガメ ハナコ			生年月日	明・大・昭	〇年	〇月	〇日
	氏名	丸亀 花子			性別	男	・	<input checked="" type="radio"/> 女	
	住所	〒763-8501 丸亀市大手町二丁目4番21号			電話番号	0877 - 〇〇 - 〇〇〇〇			
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2			
			有効期限	平成・令和 年 月 日から令和 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	[]					
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間		年 月 日	～	年 月 日		
<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間		年 月 日	～	年 月 日			
	医療機関等の名称等・所在地 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院	期間		〇年 〇月 〇日	～	〇年 〇月 〇日			
	医療機関等の名称等・所在地	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	氏名がわかれば記入してく ださい	医療機関名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院
	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	例) 脳血管疾患
-------	----------

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、丸亀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、丸亀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。 上記の内容を確認後署名をしてください

本人氏名 丸亀 花子 代筆者氏名 丸亀 太郎 続柄 長男