

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

□ □

糸島市長 様 次のお通り申請します。 申請年月日 年 月 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 区分変更	<input type="checkbox"/> 新規 (予防給付から介護給付へ)	<input type="checkbox"/> 転入
申請理由 (主な疾患名、 心身の状況の変化等)	区分変更申請の場合 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善				

※申請者	フリガナ				本人との関係			
	氏名							
	住所	〒 — 電話番号 — —						
	提出代行者	事業種類	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設			
		名称	事業所印		提出者氏名 (担当者氏名)			
所在地	〒 — 電話番号 — —							

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者情報	被保険者番号	0 0 0 0				個人番号						
	フリガナ						性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	氏名						生年月日 年齢	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 ( 歳)				
	住所	〒 —			電話番号 — —							

※該当がある場合記入	前回の要介護認定の結果等	(該当に○) 要支援 1 2 ・要介護 1 2 3 4 5 ・事業対象者・非該当 有効期限: 年 月 日 から 年 月 日まで									
	過去6か月に 入所入院した 施設・病院等 の名称と期間	名称	病名 ( )			年 月 日 ~ 年 月 日					
		名称	病名 ( )			年 月 日 ~ 年 月 日					
		名称	病名 ( )			年 月 日 ~ 年 月 日					
	第2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者)		特定疾病名								

医療保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 糸島市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 福岡県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )			保険者番号					
	被保険者証	記号			番号			枝番		

※糸島市国民健康保険及び福岡県後期高齢者医療保険加入者の場合は保険者番号・被保険者証記号番号枝番の記載不要。

主治医	医療機関名称				主治医氏名					
	所在地	〒 — 電話番号 — —			受診の頻度	受診(予定)日				

希望する訪問調査の曜日と時間帯にチェック	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 午前9時30分から <input type="checkbox"/> 午前10時30分から <input type="checkbox"/> 午後1時30分から <input type="checkbox"/> 午後2時30分から その他				
訪問調査に関する連絡先	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( : ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		電話番号	— —	

申請書を調査事業者へ送付する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

受付 ( )	受付印	調査日	月 日 ( )	調査開始	時 分から
	調査員	委託・市 ( )	同席者	家族 ( )	CM
	調査場所	自宅・ ( )	駐車場所	有・無 ( )	

※裏面も記入してください。

