

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

上野原市長 あて

次のとおり申請します。

										申請区分		■ 新規 □ 区分変更 □ 更新 □ 転入												
										申請年月日		令和 3 年 4 月 1 日												
被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※
	フリガナ	ウエノハラ タロウ										生年月日	昭和 20 年 3 月 10 日											
	氏名	上野原 太郎										性別	男・女											
	住所	〒 409-0112 上野原市上野原〇×番地 電話番号 0554-62-〇〇〇〇																						
	現在の要介護認定の結果等	※更新・区分変更・転入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											
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期間										年 月 日から 年 月 日											
			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」の場合、申請日 年 月 日																					
			区分変更申請の理由（区分変更の方のみ記入）																					
	者	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・医療機関等の名称・所在地 〇〇病院 〒△△△-△△△△ 〇〇県△△市1-2-3										R 3 年 3 月 20 日 ~ 入院中 年 月 日											
有		介護保険施設・医療機関等の名称・所在地										年 月 日 ~ 年 月 日												
有		介護保険施設・医療機関等の名称・所在地										年 月 日 ~ 年 月 日												
有		介護保険施設・医療機関等の名称・所在地										年 月 日 ~ 年 月 日												
提出代行者	氏名又は名称	該当に〇（家族・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） 上野原 次郎																						
	住所	〒 409-0112 電話番号 0554-62-〇〇△△																						
主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇										医療機関名 〇〇病院												
	所在地	〒 △△△-△△△△ 〇〇県△△市1-2-3 電話番号 0000-00-0000																						

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

医療保険者名	医療保険被保険者証等記号番号
特定疾病名	

個人情報提供に関する同意について

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・意見及び主治医意見書を、上野原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。

被保険者氏名 上野原 太郎 代筆 上野原次郎（弟）

※裏面もご記入ください

訪問調査について（訪問調査員用連絡票）

被保険者番号										フリガナ	ウエノハラ タロウ
0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	氏名	上野原 太郎

1. 認定調査の連絡先（調査員より調査の日程を連絡します）

フリガナ ウエノハラ ハナコ
 氏名 上野原 花子
 被保険者とのご関係 妻
 電話番号 62-0000

2. 認定調査の同席について（可能な限り、日ごろの状態がわかる方の同席をお願いします）

同席する

1と同じ
 フリガナ _____
 氏名 _____
 被保険者とのご関係 _____

同席しない

3. 認定調査を行う場所

自宅（住民票の住所）

施設・病院等
 所在地 〒△△△-△△△△ ○○県△△市1-2-3
 施設・病院名 ○○病院 電話番号 0000-00-0000

その他の場所
 所在地 _____
 氏名 _____
 被保険者とのご関係 _____

確認欄

☆主治医意見書について

1 主治医が次の場合→主治医意見書を手渡し、申請者から主治医に依頼するよう説明してください。	確認
市内 うえのクリニック・長田クリニック・川原医院・山本内科クリニック・鈴木医院 西井クリニック・山下クリニック・梶谷整形外科・上條内科クリニック 市外 スパルビューティーヘルスクリニック（都留市）	
2 かかりつけ医がない場合	確認
指定医（上野原市立病院）が主治医意見書を作成します。市立病院からご本人等へ来院日等の連絡をしますので、受診するよう説明してください。指定医の受診は月・火・金の午前中です。	
3 1・2以外の場合	確認
市役所から主治医に依頼します。	

市役所記入欄

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 期限切れ新規 <input type="checkbox"/> （支援→介護）新規									
現在の認定	<input type="checkbox"/> 支1	<input type="checkbox"/> 支2	<input type="checkbox"/> 介1	<input type="checkbox"/> 介2	<input type="checkbox"/> 介3	<input type="checkbox"/> 介4	<input type="checkbox"/> 介5	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
申請日	年	月	日	生年月日	年	月	日	（ 歳）		
住所										
調査員への連絡事項										