

介護保険

新

規

認

定

区

分

変

更

新

規

認

定

更

新

認

定

（要支援から要介護へ変更）

※該当する申請区分にシ点を記入してください

申請書

紀北広域連合長 様 次のとおり申請します。

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・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）																						
申請者住所	〒 () 番 ()																						
認定結果通知書（被保険者証含む）の送付先が本人の住所と異なる場合の住所及び宛名																							
〒 宛名 (本人との関係) 番 () 本人（被保険者）氏名																							
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												申請年月日	令和	年	月	日						
	氏 名												生年月日	明・大・昭	年	月	日						
													性 別	男・女									
	住 所		〒 () 番 ()																				
	(被保険者証記載住所)																						
	前回の要介護 認定の結果等		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 年 月 日 ~ 年 月 日										
	申請の理由 (要介護認定者の 更新申請以外は必 ず理由をご記入下 さい)																						
過 去 6 か 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)	介護保険施設の名称等										期 間 年 月 日 ~ 年 月 日												
	医療機関等の名称等										期 間 年 月 日 ~ 年 月 日												
											年 月 日 ~ 年 月 日												
											年 月 日 ~ 年 月 日												
											年 月 日 ~ 年 月 日												
医 療 機 関 退 院 予 定 日		年 月 日										退院予定											
主治医	医 療 機 関 名											通院状況	・なし ・不定期 ・定期的 (月 に 回) ・次回受診予定日 (/)										
	主 治 医 氏 名																						
	所 在 地	〒 () 番 ()																					

※40歳から64歳の方のみ記入して下さい。また申請時に医療保険証を持参するか、写しを添付して下さい。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

介護サービス計画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、紀北広域連合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、紀北広域連合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。

《連絡事項》

本人氏名
