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／要介護認定・要支援認定区分変更］申請書

帯広市長　　様

次のとおり申請します。

※太枠の中は必ずご記入ください

個人番号																	
被保険者番号													申請年月日	年　月　日			
医療保険	保険者名												保険者番号				
	被保険者記号・番号	記号											番号		枝番		
被保険者	フリガナ												生年月日				
	氏　名												性　別				
	住　所	〒 （世帯主　　）　電話番号															
	前回の要介護認定の結果等												変更の理由				
		有効期間 から											特定疾病名	（2号のみ）			
		※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［　　］ 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい（申請日　年　月　日）・いいえ・既に認定結果通知受取済															
	入院・入所の有無（短期入所を除く）	有	無	入院・入所施設名													
				所在地													
	入　院　日	年　月　日											退院予定日	年　月　日			

申請者氏名		本人との関係	
住所・申請代行者名称	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） 〒 電話番号		

主　治　医	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒　（前回　　） 電話番号		
	最近の受診日	年　月　日		

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営、又は要介護認定に関する理解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帯広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、介護予防サービス事業者、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。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

訪問調査について	日程調整の連絡先 （日中連絡が可能な方の連絡先）	氏名　続柄 自宅Tel　その他（携帯など）		
	同　席　者	□有：氏名　続柄		□無
	訪問調査場所	（被保険者住所と同じ場合は記入不要）		
	利用サービス （曜日・時間を記入）	訪問介護 通所介護	訪問看護 通所リハ	その他 （　　）

備考						
保険料	申請取下・却下 日付 理由等	調査割付	情報入力	主治医入力	資格者証	受付入力