

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

□新規 □更新 区分変更(要支援者の要介護新規申請含む)

日立市長 殿 次のとおり申請します。

申請年月日 令和△△年△月△日

被保険者情報表: 介護保険被保険者番号 (0001234567), 個人番号, 医療保険者名 (茨城県後期高齢者医療広域連合), 保険者番号 (39082029), 被保険者記号・番号 (01234567), フリガナ (ヒタチ タロウ), 氏名 (日立 太郎), 生年月日 (明・大・昭 30年1月1日), 性別 (男・女), 住所 (日立市助川町1丁目1番1号), 電話番号, 前回の要介護区分 (要支援 1), 前回の有効期間 (令和8年4月1日から令和9年3月31日まで), 区分変更申請の理由 (骨折により、歩行が不安定で、移動や排泄に家族の介助が必要な状態のため), 現在いる場所 (施設・医療機関名 又は 世帯主氏名), 住所 (〒317-8601 日立市助川町2-2-2), 転入者記入欄 (認定申請状況 認定済・申請中)

歳

認定調査に関する情報: 該当するものに○ (認定調査の立ち会いを希望), する (下欄を記入してください) ・ しない, 認定調査についての連絡先と立会人 (氏名 日立 梅子, 本人との関係 長女, 住所 〒317-8601 日立市助川町1-2-3, 日中連絡が取れる電話番号 080(1111)1111, (調査希望曜日) 月 火 水 木 金 指定なし)

申請の手続きを被保険者に代わって行う場合に記入してください。(該当するものに○)

提出代行者情報: (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・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・地域密着型介護老人福祉施設・その他), 名称, 所在地 〒, 担当者名, 電話番号 ()

被保険者の主治医を記入してください。

主治医情報: 医療機関名 (〇〇病院), 医師の氏名 (助川 一郎), 内科, 所在地 (〒317-8601 日立市助川町2-2-2), 電話番号 (0294(22)3111), 最終受診日 (令和 年 月), 次回受診予定日 (令和 年 月 日), 市記入欄 (新在・継 施)

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

特定疾病名

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、日立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、日立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。

市記入欄: 保険証 (有・無), 資格者証 (済・未)

本人氏名 (代筆者)

