

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 者	被保険者番											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭					年	月	日	歳	
	氏名											性別	男・女									
	住所											電話番号					()					
	前回の要介護区分	要支援 1 2					要介護 1 2 3 4 5															
	前回の有効期間	令和 年 月 日から					令和 年 月 日まで															
	区分変更申請の理由																					
	現在いる場所 (現住所以外の 場合のみ、ご記 入ください)	施設・医療機関名 又は 世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 一般病院等 <input type="checkbox"/> その他の場所 ※退院・退所の予定 = 未定・あり(令和 年 月 日)																			
		住所 電話番号	〒 電話番号 ()																			
	転入者記入欄	転出元自治体 (前保険者市町村)																				
認定申請状況		認定済・申請中(申請日: 令和 年 月 日 認定調査: 済・未)																				

該当するものに○	認定調査の立ち会いを希望	する(下記をご記入ください) ・ しない																				
認定調査に ついての 連絡先と 立会人	氏名											本人との関係										
	住所	〒										日中連絡が取れる電話番号 ()										
	(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	(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	医療機関名											医師の氏名											科
	所在地	〒										最終受診日	令和 年 月										
		電話番号 ()										次回受診予定日	令和 年 月 日										

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。

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号											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為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、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。

市 記 入 欄	保険証											資格者証										
	有・無											済・未										
本人氏名																						

結果通知送付等に関する事項(送付先変更等希望する場合は、送付先とその理由等記入してください。)
 ※居宅支援事業所への送付は原則出来ません。また、窓口での受取り希望の場合は理由を記入してください。
 ・送付先等 理由

