

ご記入のポイント!

介護保険 要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定等 申請書

国立市長 様

次のとおり申請します。

新規 更新 区分変更
 要支援者の要介護

※該当する申請区分に

レチェックしてください。

| | | | |
|--------|--------------|-------|-------------|
| 被保険者番号 | 0000 | 申請年月日 | 令和 年 月 日 |
| | | 個人番号 | |
| フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 氏名 | | 年齢 | 歳 性別 男・女 |
| 住所 | 〒 (電話番号) - - | | |

| | | |
|--------------|---|--------------------------------------|
| 前回の要介護認定の結果等 | 1 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 |
| | | 有効期間 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日 |

| | | | | |
|----------------|---------------|---|----|---------------|
| 入所中・入院中の場合のみ記入 | 入所・入院の名称等・所在地 | 3 | 期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|----------------|---------------|---|----|---------------|

| | | | |
|------|----------|--|----|
| 医療保険 | 保険者名 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 (東京都) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 (国立市) | |
| | | <input type="checkbox"/> その他 (医療保険者名称:) (医療保険者番号:) | |
| | 被保険者証 記号 | 番号 | 枝番 |

| | | | | |
|-------|----|---|----|----------|
| 提出代行者 | 名称 | 5 | 住所 | 〒 (電話番号) |
|-------|----|---|----|----------|

| | | | | | | |
|-----|-------|--------------|---|------|-------|-------|
| 主治医 | 主治医氏名 | 医療機関名 | 6 | ()科 | 最終受診日 | 年 月 日 |
| | 所在地 | 〒 (電話番号) - - | | | | |

【40歳~64歳の方】 特定疾病名をご記入ください。

| | |
|-------|---|
| 特定疾病名 | 7 |
|-------|---|

介護サービス計画又は介護予防サービス計画等の作成及び認定調査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国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(受託事業者を含む)に提示することに同意します。

| | |
|---------|----|
| 本人氏名 | 8 |
| 代筆者氏名 | 職柄 |
| 連絡先電話番号 | |

① 「被保険者番号」、「前回の要介護、認定の結果等」について
・既に認定を受けている方は、水色の介護保険証をご確認の上、ご記入ください。

② 個人番号について
・個人番号が空欄でも、申請書提出は可能です。必要書類が整わない場合、番号は空欄にしてください。
・番号を記載した場合は、申請時に身分証明書、個人番号の分かるものなど、確認書類が必要です。

③ 現在入所や入院がある場合は、ご記入ください。

④ 医療保険について
・保険者名を「その他」にチェックした方
⇒医療保険被保険者証の(1)記号、(2)番号、(3)枝番もご記入ください。

⑤ 提出代行者について
・事業所や施設の方が代行提出される場合のみ、こちらにもご記入ください。押印は不要です。

⑥ 主治医について
・主治医意見書の記入を依頼する主治医の氏名、医療機関名及び診療科をご記入ください。依頼は国立市が行います。

⑦ 特定疾病名について
・64歳以下の方のみご記入ください。

⑧ 「個人情報の提示」の同意について
・記載内容をお読みいただき、同意される場合には、ご記入ください。