

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(宛 先)小金井市長

次のとおり申請します。なお、保険給付に係り市の公簿等を確認することを承諾します。

この申請項目は、市の電子計算組織に記録されます。

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名		本人との関係			
申請者住所	〒				
電話番号					
提出代行者 名称	該当に○(地域包括支援センター・指定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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)				

被保険者番号		個人番号			
医療 保 険	保険者名	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他保険者名 <input type="checkbox"/> 国保		保険者番号	
	被保険者証	記号	番号	枝番	
被 保 険 者	フリガナ	生年月日		年	月 日
	氏名	性別		男・女	
	住所	〒			
電話番号					
前回の要介護認定の結果等 *新規申請の方は不要です	要介護状態区分	1	2	3	4 5
	要支援	1	2		
	有効期間	年 月 日 から		年 月 日	
介護保険施設入所の有無(短期入所を除く)	有	入所施設名			
	無	所在地			
申請の理由					

主治医	主治医の氏名	フリガナ	医療機関名
	所在地	〒	
電話番号			

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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、今回の認定結果、審査資料を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等に提示することに同意します。同意しません
- 今回の認定結果を、主治医意見書を作成した医師に通知することに同意します。同意しません
- 今回の認定審査で自立・要支援1・要支援2と判定された場合、認定結果等を地域包括支援センターに通知することに同意します。同意しません

本人

\*1~3のすべてに同意する場合は、氏名のみご記入ください。 法定代理人等 氏名