

介護保険 要介護・要支援認定申請書

府中市長

(☐新規 ☐更新 ☐変更 ☐転入)

次のとおり申請します。

記入日 令和 年 月 日

被 保 険 者 (本 人)	介護保険 被保険者番号	0 0 0	個人番号										
	医療保険	☐ 後期高齢者医療保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 生活保護 ☐ その他→ [医療保険者名称] [医療保険者番号] [記号] [番号] [枝番]											
	フリガナ												
	氏 名	性 別 男 ・ 女											
	住 所	生年月日 大・昭・平 年 月 日											
	住 所	〒 電話番号 ()											
	前回の要介護 認定の結果等 (新規は記入不要)	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5											
	変更申請の場合のみ 理由記入	有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											
転入者のみ記入	状態変化があるため(改善 / 悪化) ・ その他()												
転入者のみ記入	前市区町村【 】で 認定あり ・ 認定申請中 (申請日:)												
現在の居場所 1～3に○印を付け てください。 「1 住所地」以外 の場合は詳細を記 入してください。	1 住所地 2 病院・施設(ショートステイは除く) 3 その他(家族宅等)												
	病院名・施設 名・家族名	(棟(館) 階 号室)											
	住 所 (所 在 地)	〒	電話番号	()									
	期間(予定)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日											

※提出代行者欄は本人以外が提出する場合に記入してください。

提 出 代 行 者	フリガナ												
	氏名(名称)	該当に○ ☐ 家族等(本人との関係:) ・ 地域包括支援センター ・ 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											
	住 所 (所 在 地)	〒	電話番号	()									

主 治 医	フリガナ											
	主治医	(氏)	(名)	医療機関名								
	所在地	〒	電話番号	()								
	最終受診日	令和 年 月 日	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、府中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、府中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。【介護情報基盤を通じた医療・介護事業者間での認定情報共有に関する包括的同意】

被保険者本人氏名 代筆者氏名 ご本人との関係()

【新規申請のみ】
ご本人の必要に応じた支援につなげることを目的に本申請書の内容を地域包括支援センターに提供してよろしいですか。 ☐ はい (提供不要の場合は未記入)

※裏面も必ずご記入ください

府中市記入欄
在・施
新・継
保
☐ 連無
☐ 連済

1. 申請理由(複數回答可)

- ## 2. 調査時の立会者等

3. 調査希望日 ※ 調査は平日の9:00～16:00の間に開始し、1時間ほどお時間をいただきます

【府中市記入欄】

□被保証押印 窓・郵便・OL