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 / 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

壱岐市長　様

申請日年月日：　　年　　月　　日

次のとおり申請します。

被保険者	被保険者番号	００００		個人番号		
	医療保険 保険者名			保険者番号		
	医療保険 被保険者記号・番号	記号		番号	枝番	
	フリガナ			性別	男　・　女	
	氏　　名			生年月日	年　月　日（　歳）	
	住　　所	〒 電話番号：				
	現在(前回)の要介護認定の結果等	要支援１　要支援２　要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５				
		有効期間　年　月　日から　年　月　日				
	過去６カ月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間：　年　月　日～　年　月　日			
		介護保険施設の名称等・所在地	期間：　年　月　日～　年　月　日			
		医療機関等の名称等・所在地	期間：　年　月　日～　年　月　日			
	有　・　無	医療機関等の名称等・所在地	期間：　年　月　日～　年　月　日			

提出代行者	氏　名 又は 名　称	該当に○（個人・地域包括支援ｾﾝﾀｰ・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） 本人との続柄（　）
	住　所	〒 電話番号：

主治医	主治医の氏名		医療機関	
	所在地	電話番号：		

認定調査の同席について　（有・無）
同席される方の氏名　（関係　）
日程調整される方（本人・同席者・その他）その他の場合　氏名　関係
連絡先（昼間連絡の取れる電話番号・勤務先等）
訪問先（自宅・自宅以外）
自宅以外の場合　訪問場所
新規・区分変更申請の目的（住宅改修・デイサービス・ヘルパー・その他　）

第二号被保険者（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、壱岐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、壱岐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。

本人氏名