

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

新規
 更新
 変更
 転入
 2号

申請者区分		コード			
-------	--	-----	--	--	--

久留米市長 様 次のお通り申請します。

申請年月日	令和 年 月 日	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0		個人番号		
	フリガナ			住所		
	氏名					
	前回の介護度 (更新・変更)	要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)	電話番号		-	
		要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		認知症	有 (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 無		
入院・入所先	施設名			電話番号		
	住所					
変更申請の理由						

申請者 <small>(本人・家族等)</small>	氏名			続柄		
	住所			電話番号		
申請者 <small>(提出代行者)</small>	事業者名	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院				
		提出者名			電話番号	

主治医 <small>(指定医)</small>	医療機関名			医師名			前 回 申 請	医療機関名		
	診療科目			電話番号				医師名		
	住所							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

医療保険者番号			被保険者証記号	番号一桁番		
医療保険者名			特定疾病名			

訪問調査時 連絡先	氏名	関係	電話番号		訪問調査時の留意点・備考
	介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、久留米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。				
本人氏名					

保険者記入欄	支所	田主丸	北野	城島	三潞	センター	耳納	千歳	高牟礼	上津	筑邦	FAX	送達
	本庁	受付	コード	入力点検	意見書	調査事業所							
	個人番号	個・通・住・シ・職				本人確認	介・CM・個・運・旅・障・保・年・聞						
		市	東	社協	R2S	他							