

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 次のとおり申請します。

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 月 日	年齢	歳	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		認知症			有 (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) <input type="checkbox"/> 無	
		年 月 日 ~ 年 月 日						
入院・入所先		施設名		電話番号				
		住所						
変更申請の理由								

申請者 (本人・家族等)	氏名						続柄	
	住所						電話番号	
申請者 (提出代行者)	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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他(病院、他の施設)						
		提出者名						電話番号

主治医 (指定医)	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

医療保険

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 (2号被保険者のみ)				

	氏名	関係	電話番号	訪問調査時の留意点・備考		
訪問調査時 連絡先						
<small> 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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、久留米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、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、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。 </small>						
本人氏名						

保険者記入欄	支所	田主丸	北野	城島	三潴	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							
						市	東	社協	R2S	他			
個人番号		個・通・住・シ・職			本人確認		介・CM・個・運・旅・障・保・年・間						