

**新規**

**介護保険要介護認定・要支援認定申請書**

苫小牧市長 様 次のとおり申請します。

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0											申請年月日	令和	年	月	日						
	医療 保険	保険者名											保険者番号													
		被保険者証	記号						番号						枝番											
	フリガナ											生年月日	明治・大正・昭和													
	氏名												性別	男・女												
	住所	〒										電話番号														
	前回の要介護 認定結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	経過的要介護	要支援状態区分	1	2															
	有効期間	年 月 日 から					年 月 日まで																			
	現在の入院・入所 の有無(短期入所含)	施設名等					所在地					期間														
	有・無	(介護施設・医療施設)					(号室)					年 月 日～ 年 月 日														
介護補償給付等の受給の有無		無・有 (補償給付名称)																								
特記事項		送付先変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																								
個人番号												カード確認・職権記載														

申請者氏名 又は 提出代行者名称	※該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)	本人との関係
申請者住所	〒	電話番号

主治 医	主治医の氏名 (診療科目)	(診療科)	医療機関名					
	所在地	〒	電話番号	最近の受診 (予定日含む)	月	日	受診頻度	回/

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、医療保険者証の写しを添付

特定疾病	
------	--

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・要支援認定に係る調査内容、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、苫小牧市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。  
又、介護認定調査に際し必要があるときは医療機関及び関係施設に対し調査項目についての情報提供を求めることに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

※市記入欄

処 理 欄	受付印	調査時に下記のとおり お願い致します	意見書	備考					
		<input type="checkbox"/> 保険証調査時回収	新規・継続	受付	入力	確認			
		<input type="checkbox"/> 資格者証調査時発行	在宅・施設						

