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 ］ 申請書

受付印

(あて先)西尾市長

次のとおり申請します。また、以下の事項について同意します。

・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、西尾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。
・各種支援のため、要介護状態等の情報を保険・福祉・防災関係機関に提供すること。

申請年月日　令和　　年　　月　　日　　本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者	介護保険被保険者番号	0	0	0	0							個人番号													
	医療保険 保険者名											保険者番号													
	医療保険 被保険者証	記号										番号											枝番		
	フリガナ											生年月日	大正 昭和　年　月　日　歳												
	氏　名											性　別	男　・　女												
	住　所	〒 電話番号																							
	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分　１　２　３　４　５　要支援　１　２																						
			有効期間　令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日																						
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・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													

申請者住所	□被保険者と同じ				
申請者氏名		本人との関係		電話番号	
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］ （担当者氏名　　電話番号　　）				

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒　電話番号		
		最終診察日　　年　　月　　日	次回診察日	年　　月　　日

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（医療保険証を持参してください。）

特定疾病名	

受　付	保険証回収	入　力	保　険　料	資格者証発行	調査員割当	調査員依頼	主治医割当	主治医依頼