

受付	M C 入力	調査意見書 調査要意見書 空	受付
<記入例> 太枠の中を記入してください。			月 日

介護保険 要介護認定・要支援認定 (新規・**更新**・変更) 申請書

近江八幡市長 宛

年 月 日

次のとおり要介護認定等について申請します。

被 保 険 者 (本 人)	介護保険被保険者番号	個人番号			
	医療保険	保険者名	保険者番号		
		被保険者記号・番号	記号	番号	枝番
	特定疾病名	第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方のみ記入してください。			
	フリガナ	性別			
	氏 名	本 人	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	電話番号 ()			
	現在の認定結果 (認定期限切れで新規申請の方は、前回の結果を記入してください。)	要介護 ()	要支援 ()	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	現在の入院・入所先	有 無	病院・施設の名称(病棟)及び所在地	入院・入所期間	年 月 日 ~ 年 月 日

* 主治医意見書作成を依頼する医療機関の名称及び所在地並びに医師の氏名を記入してください。

主治医	医療機関名	かかりつけ医又は入院中の病院名、医師名、受診日
	所在地	

* 訪問調査の立会者を記入してください。

調 査	フリガナ	本人との関係	日中に連絡可能な	()
	立会者	立会する人の氏名・本人との関係・昼間の連絡先		
介護サービス計画の 内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、近江八幡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、近江八幡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。 また、更新申請の場合であって、認定の有効期間内に更新認定を行うことができるときは、延期通知を省略することに同意します。				
被保険者氏名		本人氏名の署名	(代筆者	<代筆の場合(家族のみ可)> 代筆者の氏名・本人との関係)
※被保険者氏名は必ず記入してください。代筆者は親族・法定後見制度の受任者のみ可。ケアマネジャー・施設職員は不可。				

* 本人に代わり、家族又は指定居宅介護支援事業者、地域密着型老人福祉施設若しくは介護保険施設及び地域包括支援センターが申請を行う場合は、下記の欄を記入してください。(本人が申請する場合は不要)

申 請 者 (提 出 代 行 者)	フリガナ	本人との
	氏 名 (事業所名)	<本人以外が申請する場合(家族や介護支援事業所等(*欄参照))> 申請者の氏名・本人との関係・住所・連絡先
	住 所	電話番号 ()

(市記入欄)

調 査	日 時	年 月 日 () 時 分
	(再調整)	※裏面も記入をお願いします。
来庁者	様	様
備考	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 期限切れ <input type="checkbox"/> 要支援からの区分変更 <input type="checkbox"/> 緊急()	/ 意見書依頼 /

