

受付	M	C	調査	意見書	調査票	意見書	突合	合	議	課	長	受付 番号	
	入力		委託	依頼	入力済	入力済	チェック					受理日	年 月 日
												認定審 査会日	

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				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		主治医の氏名				直近の受診日	
	所在地		〒				(前回) 月 日 (次回) 月 日	

* 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		日中に連絡可能な電話番号		()	
	立会者							
<p>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。</p> <p>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。</p>								
被保険者氏名		(代筆者				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		本人との関係			
	氏名(事業所名)					
	住所		〒		電話番号 ()	

(市記入欄)

調 査	日時		年 月 日 ()		時 分		調 査 員
	(再調整)		年 月 日 ()		時 分		

来庁者	様	問診票提出	済()	調査予約	家・CM	様	病院・施設	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	/

