

}
{
 要介護認定・要支援認定
 要介護更新認定・要支援更新認定
 認定の変更

石狩市介護保険 申請書

石狩市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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			
	フリガナ		生年月日 年 月 日										
	氏名		性別 男・女										
	住所 *住民基本台帳上の住所と異なる場所に連絡が必要な方は下段にその場所を記入してください。		電話番号 連絡先氏名 電話番号										
	前回の要介護状態の区分等		要介護・要支援更新認定及び認定の変更の場合のみ記入					要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2					
			有効期間 年 月 日から 年 月 日まで										
	変更申請の理由 * 認定の変更申請の場合のみ記入		※14日以内に 他自治体から 転入した場合 のみ記入										
			転出元自治体(市町村)名() 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日										
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無		施設の名称				期間 年 月 日 ~ 年 月 日							
有 ・ 無		施設の名称				期間 年 月 日 ~ 年 月 日							
		医療機関の名称				期間 年 月 日 ~ 年 月 日							
主治医		主治医の氏名				医療機関名							
		所在地				電話番号							
<p>【あなたの介護にかかる情報提供への同意の署名】</p> <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、石狩市から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、石狩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 style="text-align: right;">本人氏名 _____</p>													

申請書提出者・ 提出代行者 (被保険者本人 の場合は記入 不要)	氏名		氏名									
	住所 名称 電話番号		住所 (名称) 電話番号									
	被保険者 との関係		1. 提出代行者(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) (職名:) 2. 親族(本人との関係:) 3. その他()									

第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

特定疾病名	
-------	--

