

滝川市長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	申請の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護・要支援認定 <input type="checkbox"/> 要介護更新申請 <input type="checkbox"/> 要介護認定区分変更申請 <input type="checkbox"/> 転入申請 <input type="checkbox"/> 要支援更新申請 <input type="checkbox"/> 要支援認定区分変更申請	
	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	申請年月日 ○○年○○月○○日
	個人番号		
	医療保険	医療保険者名 ○○○○	記号 ○○○
	フリガナ	タキカワ タロウ	性別 男
	氏名	滝川 太郎	生年月日 ○○年 ○○月 ○○日
	住所	〒073-○○○○ 滝川市○町○丁目○番○号	Tel. ○○-○○○○
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
	変更申請理由	有効期間 年 月 日 から 年 月 日	
	入院・入所の有無	入院・入所施設名 ○○病院○○病棟	入院・入所年月日 ○○年 ○○月 ○○日

申 請 者	氏名	滝川 一郎	本人との関係	長男
	住所	〒○○○-○○○○ ○○市○町○丁目○番○号		Tel. ○○-○○○○

※申請者が被保険者本人の場合は、この欄には記載不要

提 出 代 行 者	区分	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設
	名称	
	所在地	〒

主 治 医	<input checked="" type="checkbox"/> 有	主治医の氏名	空知 太郎 医師
	最終診察日 ○○年 ○○月 ○○日	医療機関の名称	○○病院
	<input type="checkbox"/> 無	医療機関の所在地	〒○○○-○○○○ ○○市○町○丁目○番○号

* 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名	
-----------	--

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、滝川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、滝川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。

受 付	
--------	--

本人氏名 滝川 太郎

事務処理欄

以下、記載不要

1. 認定調査日

調査日時	年 月 日 () 時 分 ~		
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
同席者	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない
	同席者氏名	続柄	
	連絡先電話番号		
調査担当			
申請理由等 (新規のみ)			
備考			

2. 認定結果送付先

- 自宅
- 申請代行施設
- その他

住所	〒		
氏名		続柄	
電話			

3. 介護保険料納付状況 (1号被保険者のみ)

- 滞納なし
- 滞納あり ()
- 2号被保険者

4. 調査実施機関

- 介護福祉課
- 委託先

名称	
住所	

5. 主治医意見書作成料費用区分

- 在宅・新規
- 在宅・継続
- 施設・新規
- 施設・継続

6. 処理手順確認事項

- 受付印
- 資格者証発行
- 事務処理システム入力
- 意見書依頼書・認定調査依頼書発行
- 受付簿 (エクセル) 入力
- 認定システム入力