

滝川市長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	申請の種類	☒ 要介護・要支援認定		☐ 要介護更新申請		☐ 要介護認定区分変更申請									
		☐ 転入申請		☐ 要支援更新申請		☐ 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		〇〇年〇〇月〇〇日	
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		
	医療保険	医療保険者名 〇〇〇〇〇										記号番号		△△△△△	
	フリガナ	タキカワ タロウ										性別		生年月日	
	氏名	滝川 太郎										男・女		〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	〒 073-00XX 滝川市 〇〇町 〇〇丁目 〇〇番 〇〇号 番地 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 〇〇病院 〇〇病棟										入院・入所年月日		〇〇年〇〇月〇〇日		
	☐ 介護保険施設					☐ それ以外の施設									

申 請 者	氏名	滝川 一郎					本人との関係		長男	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇丁目 〇〇番 〇〇号 Tel △△△-×××-〇〇〇								

※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	☐ 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 ☐ 介護医療院	
	名称	☐ 介護老人保健施設 ☐ 指定介護療養型医療施設 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設	
	所在地	Tel —	

主 治 医	☒ 有 ☐ 無	主治医の氏名	空知 太郎 医師		
	受診指定年月日 年 月 日	医療機関の 名称・所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇〇丁目 〇〇番 〇〇号 ××病院 ××科		
		最終診察日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		

* 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・要支援認定に係る調査内容、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、滝川市から居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設若しくは地域包括支援センターの関係人、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	☐ 自宅 ☐ その他 ()		
同席者	☐ 希望する ☐ 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