

介護保険 要介護（要支援）認定・更新認定 申請書

令和 年 月 日

(あて先) 金沢市長

介護保険の要介護（要支援）認定・更新認定を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------------------|------------|---------|---|--|--|--|--|--|--|--|-----|----------|---------------|----------------------------|---|---------------|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | 介護保険 被保険者番号 | | 0 | 0 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | 新規 更新 | 該当に ○ | 被保険者が自宅以外にいる場合は居所を記入してください | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | (電話) ー | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭 | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男 | ・ | 女 | | | | | | | |
| | 住 所 | | 〒 ー | | | | | | | | | | (電話) ー | | | | | | | | | | | | |
| | 現在の要介護状 態区分等（更新 申請の場合のみ 記入） | | 要介護状態区分 | | | | | | | | | | | | 要支援 1・2 | | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | |
| | | 有効期間 | | | | | | | | | | | | 年 月 日 ～ | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 過去6月間の 入院・入所の 状況 | | 名称・ 所在地 | | | | | | | | | | 期 間 | | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

*申請者が被保険者本人の場合には、次の欄の記入は不要です。

| | | | | |
|-----|-----|-----|------------|------------------|
| 申請者 | 氏 名 | | 電 話 | — |
| | 住 所 | 〒 — | 本人との 関係 | 家族（続柄） その他（ ） |

*該当に○

| | | | | |
|---------|---------------|----|-------------|---|
| 提出代行者名称 | 指定居宅介護支援事業者 | 名称 | (電話) | — |
| | 地域密着型介護老人福祉施設 | | | |
| | 指定介護老人福祉施設 | | (担当ケアマネジャー) | |
| | 介護老人保健施設 | | | |
| | 介護医療院 | | | |
| | 指定介護療養型医療施設 | | | |
| | 金沢市地域包括支援センター | | | |

* 主治医意見書が添付されていれば、以下の主治医の欄は記載不要です。

| | | |
|-----|-----|-------|
| 主治医 | 氏名 | 医療機関名 |
| | 所在地 | (電話) |

*医療保険被保険者番号等（（※）欄）は、第1号被保険者（65歳以上）の方も記載してください。

| | | | |
|---------------------------------|-------|------------------|-----|
| 第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）のみ記入 | 特定疾病名 | 医療保険者名・保険者番号 | (※) |
| | | 医療保険被保険者記号・番号・枝番 | (※) |

(注) ただし、第1号被保険者の方で、国民健康保険または後期高齢者医療保険の場合、上記(※)欄の記載は不要です。

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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型介護サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、介護保険施設の関係人、指定介護予防支援事業者、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。

*以下は市の記載欄です

| | | | | | | |
|-----------|----|------------|--|---------------|--------------------------|--|
| 認定調査事業者名 | | | | | 被保険者氏名 (署名又は 記名押印) | |
| 1. 申請書受付日 | | 事務連絡・特記事項欄 | | 同席希望 無 ・ 有 | | |
| 2. 意見書回収日 | | | | 連絡先 氏名 (続柄) | | |
| 3. 調査票回収日 | | | | 携帯 - - 電話 - - | | |
| 受付区分 | 本庁 | | | 処理状況 | | |
| | 泉野 | 内訳書確定 | | | | |
| | 元町 | 意見書読込 | | | | |
| | 駅西 | 調査票読込 | | | | |

| | | | | | | | |
|-----|----|--|----|-------------|--|----|----|
| 確認欄 | 番号 | 番号カード・通知カード・住民票・端末・() | 代理 | 法定・委任状・本人発行 | | 受付 | 入力 |
| | 本人 | 番号カード・運転免許証・障害者手帳・介護支援専門員証・保険証(介護・国保・後期高齢)・負担割合証・() | | | | | |