

様式第5号(第12条関係)

介護保険要介護・要支援認定申請書
(新規・更新・区分変更・転入)

名護市長様

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	00				個人番号					
	医療 保険	保険者名					保険者番号				
		被保険者証	記号			番号			枝番		
	フリガナ					性別	男・女				
	氏名					生年月日	明・大・昭		年	月	日
	住所	〒				電話番号					
	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	
		有効期限	年 月 日から				年 月 日まで				
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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。該当に○をしてください。 (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)									
		はい → 申請日				年 月 日		いいえ			
申請の理由											
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設の名称・所在地					期間	年 月 日～		年 月 日		
	医療機関等の名称・所在地					期間	年 月 日～		年 月 日		
有・無											

申請者	氏名					被保険者との関係				
	住所	〒				電話番号				
提出代行者	該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院、その他)									
						電話番号		(担当者:)		

主治医 意見書 郵送・手渡し	医療機関名					主治医の氏名				
	所在地	〒				電話番号				

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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※同意に関する事項(同意される場合は署名をお願いします。)

私は、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名護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若しくは介護保険施設の関係人、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、及び更新申請について、有効期間内に要介護認定を行えるのであれば申請日から30日を超えた場合に名護市からの延期通知を省略することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

本人との関係