

盛岡市介護保険要介護認定・要支援認定申請書

[新規申請 更新申請 区分変更申請 転入申請]

盛岡市長様

次のとおり申請します。

		記入年月日	令和	年	月	日
提出者	氏名	被保険者との関係				
	住所	〒 - 電話番号 ()				
	提出代行者	<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"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 担当者名 電話番号 ()				

被 保 険 者	被保険者番号	0 0	個人番号	
	フリガナ			
	氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	住民票の住所	〒 - 電話番号 ()		
	現在の認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 有効期間 年 月 日から 年 月 日		
	変更申請の理由			
	調査実施場所	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> その他 ()		
調査連絡先	※自宅以外の場合(入院中の場合は、病棟名・階・号室まで記入してください。)	施設等名称		
		所在地	〒 - 電話番号 ()	
		連絡先(日中に連絡が可能なところ)	自宅・携帯・勤務先 [名称:] 電話番号 ()	
	【調査に関する特記事項】			

主治医	医療機関名	診療科	主治医氏名
	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)の方のみ記入してください。

医療保険者名	医療保険被保険者証 記号・番号
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・意見及び主治医意見を、盛岡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に同意します。

情報開示
同意署名

被保険者氏名 _____ (代筆の場合、代筆者氏名)

認定結果通知の 送付先	氏名			
	住所	〒 -		
	被保険者との関係	電話番号	()	

市処理欄

被保険者証

調査委託先

