

介護保険

- 要介護・要支援認定
 要介護・要支援更新認定
 要介護・要支援状態区分変更認定

申請書

(宛先)名古屋市長
次のおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名 (窓口に来られた方)	本人との 関係
提出代行者 名称	<input type="checkbox"/> 包括支援 <input type="checkbox"/> 居宅支援 <input type="checkbox"/> 介護施設 事業所番号 ()
申請者住所 (提出代行者所在地)	〒 日中連絡のとれる電話番号 ()

被保険者番号	1 0	個人番号
フリガナ	生年 月日	明治 大正 昭和
被保険者氏名	年 月 日	性別 男・女
住所 (住民登録地)	〒	電話番号 ()
現在地 (上記と異なる場合)	〒	電話番号 ()
今後の認定通知等(注)の送付先	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 住所と異なる現在地 <input type="checkbox"/> 申請者(提出代行者)住所 <input type="checkbox"/> 変更なし	
申請歴	有・無	前回の認定等の結果(有の場合)
	要介護状態区分等	要介護(1 2 3 4 5) 要支援(1 2) 非該当
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
現在の状況等	<input type="checkbox"/> 居宅 ケアプランを作成している事業所名()	
	<input type="checkbox"/> 入所・入院等(グループホーム・有料老人ホームなども含む) 施設名等()	
変更申請の理由	<input type="checkbox"/> 介護の手間の増加 <input type="checkbox"/> 介護の手間の減少 <input type="checkbox"/> その他 詳しい理由()	

(注)「認定通知等」には、介護保険負担割合証及び認定通知に同封する介護保険被保険者証を含む。

主治医	医療機関名	医師名
	所在地	〒 電話番号 ()
	受診状況	通院中(最終受診日 年 月 日頃)・入院中(年 月 日から)

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

医療保険者名 (医療保険者番号)	被保険者証 記号番号
加入年月日	本人扶養区分 本人・被扶養者
特定疾病名	

同意欄	<input type="checkbox"/> 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・要支援認定等に係る名古屋市介護認定審査会の審査判定の結果を、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定の更新の申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定を延期する通知を省略することに同意します。
	<p style="text-align: center;">被保険者氏名(認定を受けようとしている方)</p> <p style="text-align: right;">(署名してください。)</p>

