付けてくださ

□ 多系統委縮症

□ 脳血管疾患

## 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

新	規	要支援要介護新規	更	新	転	入

(宛先)知多北部広域連合長

(状態が 悪化・ 改善)

涉	次のとおり申請します。 ※介護保険被保険者証を添えて提出してください。																				
	申請年月日			年		月	目	個人番	号												
	フリガナ								被任	呆険者	番号										
	氏	:名								<u></u> 年			年		月		目	性	: 里	<del>]</del>	<u></u>
	住所		〒						<u></u>	日						舌番牙		別			
被															HE III	н ш ′	<i>J</i>				
保	医加力			康保険証	を提示し	てください	<i>د</i> ٠٠				<u> </u>										
険	療保	保険者	名   							保険者番号											
者	険	被保険	者証記-	号				番号							枝	番					
			要介	<b>广</b> 護状態	长区分	1 •	2 •	3 •	4	•	5		要支	援壮	犬態	区分	-	1 •	2		
(認	   前回の要		有交	助期間	•	年	J	月	日	から			年	:		月		月	まで		
認定を受け	介記	護認定 結果等	14日以内	内に他の				<u> </u>	-#: ·	<b>二</b>	امت عما ا	د بلر	rth ⇒	± ++ ~	~.h	2.			_]		
受け	V 2 /	山人子	した方は	治体から転入 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 た方は記入し (すでに認定結果通知を受け取っている場合は、「いいえ」を選択してください)																	
る方)			てくだ	<u></u>	はい	· V	いえ	<u> [                                   </u>	はい	」の場	易合、	申記	青日		4	丰		月		<u> </u>	
)				星 宅		介護保	<b>以</b> 険施設	2入所			短其	月入月	折・日	医療	機員	[]入	院等	Ē			
		の状況	施設名等(																		
※□にレ点 を付けて 調査希望場所 □ 自 宅 □ その他(施設名等																					
	<7	ださい。	フリガ 調本同時	l l					被任	呆険者	皆との	関係	•		電話	番号	<u>1</u> ,				
	調査同席者 施設入所 口 帰託原 口 帰託 原 口 帰 ・																				
主	医療	機関名											おの			嘱託	医		属託[	医以	.外 ——
治	医	医師名 (診療科目							科	直近	の受	診日			年		月		目		
医	〒   所在地					電話番号															
主治	主治医がいない場合(指定医)																				
					詰する!	温会/け新	11. 不更	です													
<b>7•</b> \ 1	該当	請者欄は、被保険者本人が申請する場合は記入不要です。 当する項目 □ 家族(被保険者との関係: )□ 地域包括支援センター																			
申	つけ	の口にレ点をつけてくださ 日 居宅介護支援事業者 日 指定介護老人福祉施設 日 介護老人保健施設								`											
請	い。	-	□ 指定介護療養型医療施設 □ 介護医療院 □ その他(被保険者との関係: ) 提出代行者 □																		
	氏	名	_					名	称												
者	所	在地	〒												電話	舌番号	宁				
<u>2号</u>	被保	:険者(4 	<b>0歳から</b> □ がん(				<b>加入者</b> コ 関節	)のみ記 <sup>リウッチ</sup>	<u>入</u> l	ノてく	<u>ださ</u>		な 未次	<b>縮州</b>	側索	循ル	症			1	裏
pj.	<u>.</u> .	: ich ⊅	□がん(□後縦翼					リワマフ を伴う骨判	且鬆	症					関系なける					1000	面
		<b>浜名</b> レ点を	□ パー⇒					小脳変性							窄症			早老组	定		쁘

□糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

□ 慢性閉塞性肺疾患

□ 閉塞性動脈硬化症

□ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

同意	<ul><li>1 情報提供の同意・・・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、知多北部広域連合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、介護保険施設の関係人又は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。</li><li>2 延期通知省略の同意・・・現在の有効期間内に認定が行われる場合、認定延期の通知をしない</li></ul>						
署名	ことに同意します。 (本人が署名できないため、署名を代筆する場合には、代筆者の氏名も併せてご記入ください。)						
欄	被保険者署名 代筆者氏名   (被保険者との関係 )						

## \*事務処理欄

被保険者証	番号確認	身元	代理権の確認			
口有 口無	口済 口未	1 □ 個人番号カード	2□ 介護保険証	□ 委任状		
資格者証	□ 個人番号カード	点□ 運転免許証	点□ 健康保険証	□ 介護保険被保険者証		
□ 発行済	□ 通知カード	確□ 障害者手帳認	確□ 年金手帳	□ その他書類 1点		
□ 未発行	□ 住民票等	™□他( )	<sup>認</sup> □他( )			
健康保険証確認						
□原本						
□コピー						
□画像						
□□頭						

課長	係 長	受付者