

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

富良野市長 様

☐新規 ☐更新

次のとおり申請します。

[illegible]

申請者	氏 名		本人との関係	
	住 所	〒 <div style="text-align: right;">電話番号</div>		
提出代行者名称		該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）		

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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、及び主治医意見書を富良野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。

本人氏名

(代理)

○訪問調査の参考にさせていただきますので、下記項目に記入してください。

<p>申 請 理 由</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;"> <p>身体状況 生活状況 希望サービス 等</p> </div> <p>*更新・区変の場合 サービス利用状況</p>	
調 査 連 絡 先	<p>氏名</p> <p><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ 本人との関係</p> <p>電話番号</p>
調査同席希望	<p>氏名</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 本人との関係</p> <p>電話番号</p>

○14 日以内に他自治体（市町村）から転入した方のみ記入してください。

・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。 ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日

認定結果通知 送付先 <small>*被保険者住所以外を希望する場合に記入</small>	住 所	〒 ー <div>(電話)</div>
	氏 名	 <div>(本人との関係)</div>

* 市担当記入欄

調査票 依頼	令和 年 月 日	受 付	調 査	備 考
意見書 依頼	令和 年 月 日			