介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書 江東区長 殿 変更 更新] 【新規 次のとおり申請します。 令和 年 月 フリガナ 本人との 関 倸 氏 名 申 請 住 所 雷話 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) 者 提出代行者 電話 0 0 0 被保険者番号 リガナ 被 明・大・昭 年 月 日 生年月日)歳 氏 名 男 性 別 女 個 人 番 号 保 住 所 電話 ※上記住所と違う場合は所在地等を記入 該当に○ → 自宅・施設・病院・その他 被保険者の 入院(所)日(予定を含む) ※入院は病室番号も記入 る 場 所 名称 平成•令和 \exists (短期入所を除く) 険 階 号室 退院(所)日(予定を含む) 住所 ※認定調査を 行う場所 令和 玍 Н 電話 要支援状態区分 2 要介護状態区分 1 5 在 1 認定結果等 有効期間 令和 年 月 令和 年 月 日 H から 者 変更申請の理由 (変更のみ) 最近の 医療機関名 令和 月 日 受診日 主 ガ 診療科 月 · 週 回程度 受診の 主治医の氏名 治 頻度等 (フルネーム) 次回受診予定 月 日 医 所 在 地 電話 第2号被保険者(40歳から64歳まで)で医療保険加入者は必ず記入してください。また、有効期間内の医療保険被保険者証や資 格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルにおける医療保険資格情報画面のいずれかの提示、もしくは郵送の場合は写 矢 しを申請書に添えて提出してください。 療 保 保険者名 被保険者 枝番 記号 番号 険 特定疾病名 保険者番号 (第2号被保険者は記入必須) 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時は、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査 開 会による判定結果・意見及び主治医意見書を、江東区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 示 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出することに同意します。 同 続柄 意 本人氏名 代筆者氏名 リガナ 立会いの 認 人との 関 係 希 望 立会者氏名 定 調 日中連絡先 査 有•無 電話番号 時 0 どちらかに〇 立 メモ:訪問調査における注意事項等がありましたらご記入ください。 収受 숲 い 証回収 受 付 番号確認 本人確認 入力 資格者証発行 保険料納付 長サ 番号力 番号力 医保 有·無 通知力 免許 郵送 住民票 他