介護保険要介護認定・要支援認定申請書

受付印

（あて先）　加　賀　市　長
次のとおり申請します。

新　規

申請年月日　　令和　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号												個人番号																		
	医療保険	保険者名											保険者番号																		
		被保険者証	記号										番号																		
	フリガナ												生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日																	
	氏　名												性　別	男　・　女																	
	住　所	〒　　－ 電話番号（　　）																													
	過去6か月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無		名　称										所在地																		
		介護保険施設																													
		医療機関等																													
	有・無																														
	特定疾病名（40～64歳の方のみ）																														

提出代行者	事業者名称・代表者	該当に○：地域包括支援センター　指定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　指定介護療養型医療施設　介護医療院
	所在地	〒　　－ 電話番号（　　）　　－

主治医	氏　名		所属医療機関等の名称	
	所属医療機関等の所在地	〒　　－ 電話番号（　　）		

同　意　書

介護(介護予防)サービス計画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、利用者基本情報、基本チェックリスト、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、主治医意見書及び介護認定審査会による判定結果・意見を、加賀市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域密着型(介護予防)サービス事業者、居宅サービス事業者、介護予防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。

被保険者本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（本人との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

市記入欄

申請情報入力	意見書読込	意見書作成依頼	訪問調査依頼	訪問調査読込	一次判定	審査会割当	判定結果送付	保険証回収	情報提供欄