

介護保険 { 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 } 申請書 新規 更新
 区分変更 転入
要介護認定変更

山口市長 様

次のとおり申請します。

ふりがな	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名 <small>(事業所の場合は担当者名)</small>	被保険者との関係	
(事業所用) 提出代行者 名称	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	
申請者住所	①〒 TEL (代行の場合、事業所の電話番号をご記入ください。)	

被	被保険者番号		個人番号	
	ふりがな		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
保	住 所	②〒 TEL		
	前回の要介護認定結果等	非該当 要支援()・要介護()	有効期間	平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	変更申請の理由			
險	医療保険情報 <small>※□にチェックしてください</small>	<input type="checkbox"/> 山口市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 山口県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入(生活保護受給者等) <input type="checkbox"/> その他(保険者名: 記号・番号・枝番:)		
	※入院・入所中の場合は記入してください	③病院・施設名 入院・入所年月日(H・R 年 月 日)		
	訪問調査場所 <small>※□にチェックしてください</small>	<input type="checkbox"/> ①申請者住所 <input type="checkbox"/> ②被保険者住所 <input type="checkbox"/> ③入院・入所中の施設等 <input type="checkbox"/> その他調査場所 (山口市)	家族立会い (あり・なし)	ケアマネ立会い (あり・なし)
者	訪問調査希望日時 <small>※ご都合の良い日程に○を付けてください</small>	令和 年 月 日()	令和 年 月 日()	令和 年 月 日()
	(月 火 水 木 金) 午前 午後	9時30分 11時 14時 15時30分	9時30分 11時 14時 15時30分	9時30分 11時 14時 15時30分

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		TEL

特定疾病名	(2号被保険者の場合は記入)	※医療保険被保険者証の写を添付してください。
-------	----------------	------------------------

前保険者名	(転入等により保険者変更の場合は記入)	(現在の認定状況についていずれかに○を記入) ※申請中の場合は申請日も記入	認定済 ・ 申請中 (申請日:令和 年 月 日)
-------	---------------------	--	-----------------------------

介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメント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、山口市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員へ提示することに同意します。

市確認欄 負担割合証 システム入力 被験証回収 同時 資格者証発行

本人確認	番号確認(本人)	身元確認(本人/代理人)	代理権確認
	1点 <input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 通力 <input type="checkbox"/> 住民票(番号有) <input type="checkbox"/> 住基礎確認 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 運経 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> 住力(写真有) <input type="checkbox"/> 社員証(写真有) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 委任状・委任欄 <input type="checkbox"/> 身元確認書類(本人) <input type="checkbox"/> その他
2点	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 住力(写真無) <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他		

本人署名

(代筆者署名)

※本人が手書きしない場合は、代筆者が「本人署名」、「代筆者署名」を手書きで記入してください。