

別記第7号様式（第13条関係）

介護保険 芦別市長様	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
次のとおり申請します。		申請年月日
		平成 年 月 日
申請者氏名		本人との関係
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・指定介護療養型医療施設）	
申請者住所	〒 - 電話番号	

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号	0 0 0 0 0				
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日				
			性別	男 ・ 女				
	被保険者住所	〒 - 電話番号						
	前回の要介護 認定の結果等 <small>※要介護・要支援認定の場合のみ記入</small>	要介護状態区分	1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分	1 2		
		有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで					

過去6月間の介護 保険施設入所医療 機関等入院の有無	施設等の名称	期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
有 ・ 無	施設等の名称	期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

主 治 医	医 療 機 関 名		主 治 医 の 氏 名	
	所 在 地	〒 - 電話番号	最 近 の 受 診 年 月 日	平成 年 月 日

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

要介護認定結果通知等送付先（本人宅 ・ 本人宅以外）

送付先が本人宅	住 所	〒 -	氏 名	電話番号
以外の場合				

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、芦別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 _____ 代筆者氏名 _____ （本人との関係 _____）

市記入欄

介護保険証	資格者証	過年度滞納保険料	現年度滞納保険料
回収 ・ 紛失 ・ 後日回収	交付済 ・ 未交付	有 ・ 無	有 ・ 無

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

芦別市長様

次のとおり申請します。

申請年月日

平成 年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
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・指定介護療養型医療施設）		
申請者住所	〒 ー 電話番号		

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0	0						
	被保険者氏名		生年月日	明・大・昭			年	月	日					
			性別	男・女										
	被保険者住所	〒 ー 電話番号												
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5			経過的要介護		要支援状態区分 1 2							
	変更申請理由													
	過去6月間の介護 保険施設入所医療 機関等入院の有無	施設等の名称		期間		平成	年	月	日から					
有・無	施設等の名称		期間		平成	年	月	日から						

主 治 医	医療機関名		主治医の 氏名	
	所在地	〒 ー 電話番号		最近の 受診年月日

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

要介護認定結果通知等送付先（本人宅・本人宅以外）

送付先が本人宅	住所	〒 ー	
以外の場合	氏名		電話番号

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、芦別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 _____ 代筆者氏名 _____ （本人との関係 _____）

市記入欄

介護保険証	資格者証	過年度滞納保険料	現年度滞納保険料
回収・紛失・後日回収	交付済・未交付	有・無	有・無

