

郡山市介護保険要介護・要支援認定（新規・更新）申請書

郡山市長

次のとおり申請します。

※本人による申請の場合は記入不要です。↓

記入例【審査を希望する場合】
～現在の認定区分を望まない方が対象です～

申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人	事業所名	□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、介護医療院	
	<input type="checkbox"/> 提出代行	住所	郡山市朝日二丁目●番●●号	
		氏名	郡山 鯉太郎	本人との関係
			電話	090-●●●●-●●●●

①介護保険被保険者証を添付してください。 ②医療保険被保険者証を提示または写しを添付してください。

認定を受ける人（被保険者）	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号							
	医療保険	保険者名	全国健康保険協会●●支部	保険者番号	●●●●●●●●					
		被保険者	記号	●●●●●●●●	番号	●●●●●●●●			枝番	●●
	フリガナ	コオリヤマ イチロウ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 12 年 3 月 4 日					
	氏名	郡山 一郎		性別	男					
	住所 ※住民票登録地	〒963-8024 郡山市朝日一丁目●番●●号		電話	024-9●●-●●●●					
	前回の認定結果	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			要支援	1 ・ 2		非該当	
		有効期間	令和 3 年 5 月 1 日 ~ 令和 4 年 4 月 30 日							
	※14日以内に 他自治体から 転入した方のみ記入	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 既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」。「はい」の場合、申請日 年 月 日								
	調査先 ※入院・入所先等	名称	●●●●●病院							
		所在地	〒963-●●●●		郡山市●●一丁目●番●●号			電話	024-9●●-●●●●	
		期間	令和 4 年 3 月 2 日 ~ 年 月 日							
	訪問調査立会人	氏名	郡山 鯉太郎	本人との関係	子					
		電話	090-●●●●-●●●●		備考	いつでも可				
	主治医	医師名	安積 舞	医療機関名	●●●●●病院					
診療科		整形外科	電話	024-9●●-●●●●						
所在地		郡山市●●一丁目●番●●号								
最終受診日		令和 4 年 3 月 31 日	介護の主治医意見書のための診察は受けましたか (は) ・ いいえ							
特定疾病名	※第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の方のみ記入									

介護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、及び治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、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。

判定結果で要支援1および要支援2に認定を受けた場合、その結果等を郡山市から地域包括支援センターへ提示することに同意します。

本人氏名 郡山 一郎 代理者名 郡山 鯉太郎 本人との関係 子

特記事項	・自宅転倒して大腿骨を骨折し現在入院中。今後リハビリのため転院予定。 ・被保険者証は、郡山鯉太郎宛てに送付希望。 ※審査希望
------	--