

介護保険 要介護認定・要支援認定（新規・更新・区分変更）申請書

大曲仙北広域市町村圏組合管理者 様

次のとおり申請します。

										申請年月日	年	月	日	
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			枝番								
フリガナ										年齢				
氏名										生年月日		明・大・昭 年 月 日		
住所										〒 - 電話 ()				
申請区分										新規・更新・区分変更・転入・要支援者の要介護新規				
前 回 の 結 果 等 介 護	要介護状態区分 1・2・3・4・5					要支援状態区分 1・2								
	有効期間										年 月 日 ~		年 月 日	
	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。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日			
変更申請の理由										*区分変更申請・要支援者の要介護新規の場合のみ記入				
施設入所、入院の有無										介護保険施設等名称（短期入所、グループホーム、ケアハウス、養護老人ホーム等を含む）				
*現在入所・入院している場合のみ記入										病院名		入院日 年 月 日		
										(病棟 階 号室)		退院見込み日 年 月 日		
調査時の同席			する・しない		同席者の氏名 (本人との関係)		フリガナ 氏名 ()		日中連絡可能な電話番号 ()					
申請書提出者 *本人の場合は記入不要			フリガナ 氏名					電話 ()		本人との 関係				
提 出 事 業 代 理 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・介護医療院・その他）			
	住所										〒 - 電話 ()			
主治医		主治医の氏名			医療機関名		専門科名		所在地		市・町・村			

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

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、介護保険施設の介護支援専門員等に提示することに同意します。また、主治医意見書を記載した医師から介護認定審査会による判定結果・意見等を求められた際に提示することに同意します。

本人氏名

※介護保険被保険者証を添付してください
※裏面も記入してください。

市町受付印	介護保険事務所受付印

