

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	被保険者番号				個人番号			
	フリガナ				年齢			
保	氏 名				生年月日	明・大・昭 年 月 日		
					性 別	男 ・ 女		
者	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						
険	前回の要介護認定の結果等	*更新・区分変更申請の場合のみ記入	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		
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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。 （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
変更申請の理由	*区分変更申請の場合のみ記入							
者	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)	()		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	氏 名				電話	()		本人との関係
提出事業者 (事業者)	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）						印
	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 ※健康保険証の写しを添付してください。

医療保険者名 ※健康保険証の写しを添付してください。		医療保険被保険者証記号番号		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

