

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 記号・番号		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 認 定	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 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・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	
-------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営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、主治医意見書、提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）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

