

市町村コード
28365

被保険者番号(介護保険被保険者証の番号)

帳票ID
021

介護保険 要介護・要支援認定申請書 (新規・更新・区分変更)

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

前回認定	現在の(前回)の要介護状態区分	要支援 () ・ 要介護 ()	個人番号																	
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	過去6月間の介護保険施設医療機関の入院・入所の有無		有 ・ 無															

申請者	記入者氏名												続柄	1. 家族等	2. 代行	3. 代理		
	提出代行者名称																	
	住所	〒												電話番号	()			

被保険者	フリガナ												性別	元号	生年月日	年齢						
	氏名												<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	<input type="checkbox"/> 1明治 <input type="checkbox"/> 2大正 <input type="checkbox"/> 3昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳	
	住所	〒												電話番号								
	医療保険	保険者名												保険者番号								
		被保険者証	記号												番号						枝番	
	特定疾病名	(2号被保険者のみ記入)																				
変更申請理由	前回の状態に比べて (改善・悪化) したため																					

主治医	医療機関名												主治医氏名	医師					
	所在地	〒												診療科名	科				
	電話番号	()												最終診察日	年 月 頃				

訪問調査連絡先	立会人	有 ・ 本人のみで可											連絡先	自宅等					
	連絡のつく時間帯	いつでも可・時間帯指定 (~)												携帯					
	氏名												続柄						

訪問調査先	調査先	住所地 ・ 病院 (退院予定日 月 日) ・ その他 ()																							
	氏名及び名称												〒												電話番号

※入院の場合は、施設・病棟名を記入して下さい。

備考																		
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

①	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・要支援認定に係る調査内容、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、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者に写しを交付し、又は提示することに同意します。	被保険者氏名
②	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要介護・要支援認定結果の写しを交付し、又は提示することに同意します。	