

介護保険 要介護・要支援【新規・更新・区分変更】認定申請書

伊達市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名	※ (本人との関係)
申請者または提出代行者の住所	※ 〒 電話番号
提出代行者 (提出代行者の場合記入)	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護病院)

※被保険者と同じ場合は記入不要

被 保 険 者	フリガナ			介護保険被保険者番号				
	氏 名	男・女 (歳)		個人番号				
				生年月日	明・大・昭	年	月	日
	医療 保 険	保険者名			保険者番号			
		被保険者証	記号		番号		枝番	
	住 所	電話番号						
	本人の居住	該当に○ (予定がある場合も記入) 1. 住所と同じ 2. 医療機関に入院中 3. 介護保険施設入所 4. その他(家族宅等) <入院または入所の期間: 年 月 日 から 年 月 日頃まで>						
	本人の居住が 2・3・4の 場合に記入	施設名・入院医療機関名						
		住所 電話番号						
	現在の要介護 等認定	要介護状態区分 1 2 3 4 5			要支援状態区分 1 2			
変更申請理由 (区分変更のみ)	前回の認定時と比べて、状態が著しく (良く ・ 悪く) になっている為 ※区分変更の理由は裏面の1に記入してください							
14日以内の転入者で認定申請中の方のみ記入	転入元市町村名 [] 転入元申請日 年 月 日							

認定調査連絡先 (調査同席者) ※日中の連絡先を記入	氏名	(本人との関係)
	電話番号①	(連絡時間帯: 常時・ 時 ~ 時)
	電話番号②	(連絡時間帯: 常時・ 時 ~ 時)

主 治 医 及 び 医 療 機 関	フリガナ		診療科名	
	主治医の氏名		最終受診年月日	年 月
	病院等名 及び所在地	〒	電話番号	

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・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、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。

また、介護予防事業及び介護予防サービスの提供のため、介護認定審査会による判定結果を住所地の地域包括支援センターに提示することに同意します。

本人氏名 _____



※裏面にも必ず記入してください

