

(表) 【 】内の該当するものに○をつけてください

## 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)
申請者又は提出代行者の住所	※	電話番号
提出代行者 (提出代行の場合記入)	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)	

※被保険者と同じ場合は記入不要

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号		
	氏名	(男・女 歳)	個人番号		
	住所		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	本人の居所	該当に○(予定がある場合も記入) 1 住所と同じ    2 主治医医療機関に入院中    3 介護保険施設入所    4 その他(家族宅等) 〈入院又は入所の期間: 年 月 日から 年 月 日頃まで〉			
	本人の居所が 3・4の場合 に記入	施設名等			
		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 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで			
	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)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			

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	年 月
	病院等名 及び所在地		電話番号	

医療保険 ※第2号被保険者 (40歳 ~ 64歳) の方のみ記入	医療保険者名		医療保険者番号	
	記号		番号	
	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、伊達市が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、伊達市から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

※裏面にも必ず記入してください →

