

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

海南市長 あて

受付	
----	--

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更(1.介護→介護 2.支援→介護 3. 1・2以外) <input type="checkbox"/> 転入継続																							
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0										個人番号										
	医療 保険	保険者名											保険者番号											
		被保険者証	記号								番号						枝番							
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日								
	氏名											性別	男	・	女									
	住所	〒										電話番号												
	現在の居所 (上記住所と違う場合) 入所・入居・入院	名称											所在地											
	現在(前回)の 認定結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2	事業対象者													
	申請理由	例：施設入所を検討しているため、手すりなどの住宅改修をしたいため、介護ベッドの貸与をしたいため、身体状態悪化によりサービスを増量したいため 等																						
	14日以内 の転入者	転入前の市町村名											転入前に、介護認定申請をしましたか。 既に決定通知を受け 取っている場合→「い いえ」	「はい」の場合は、	申請日	年	月	日						

◎区分は、転出時点において有効に適用される区分等で、有効期限は転入日から6か月を基準とする。

申請者	氏名	※被保険者本人の場合は、記入不要です。										続柄											
	住所	〒										電話番号											

提出 代 行 者	名称	該当するものを ○ で囲ってください。 地域包括支援センター・居宅介護（介護予防）支援事業者・指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院																					
	所在地	〒										担当者（ ）											

電話番号

主治 医	主治医氏名	姓	名										医療機関名											
	所在地	〒										電話番号												

第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																						
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

◎介護認定にかかる情報について、介護サービス事業者（上記の提出代行者及び居宅サービス事業者（地域密着型を含む。））の
関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査員に提示すること（介護情報基盤経由で電子的に行う場合も含む。）

◎更新申請において認定有効期間内に認定結果が出るが見込める場合は、延期通知を省略すること

◎第二号被保険者、もしくは、転入時に要支援・要介護認定を継続する方は、マイナンバーにて情報を連携すること

上記について同意します。

本人氏名
