

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
要介護認定区分変更・要支援認定区分変更

申請書

美 祢 市 長 様

次のとおり申請します。

新規 要支援者の要介護新規 区分変更 更新 転入

申請年月日 令和 年 月 日

申請者氏名	本人との関係
提出代行者 名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)
申請者住所	〒 ※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所、電話番号は記載不要 電話番号

介護保険 被保険者番号	個人番号
※第2号被保険者は健康保険証の写しを添付してください。	
医療 保険	保険者番号
被保険者 記号・番号	記号
フリガナ	生年月日 大・昭 年 月 日
氏名	性別 男・女
住所	〒 電話番号
被 保 険 者	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 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
	前回の要介護認定の結果等 ※14日以内に 他自治体から 転入した者 のみ記入 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。 はい・いいえ (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」の場合、申請日 年 月 日
サービス利用状況	サービス利用 あり・なし 今後のサービスの利用意向 あり・なし
申請の理由 ※更新・転入以外は記入	
現在の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 有・無	名称 入所(院)年月日 : 年 月 日 所在地 電話番号
認定調査の同席希望の有無 有・無	同席される方の連絡先(日中確実に連絡のつくところをご記入ください。) (フリガナ) (調査対象者との関係:) 同席者氏名: 電話番号:
(認定調査実施場所が住所と違う場合や、その他、認定調査時に注意すべき事項等あれば記入してください。)	

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号
1ヶ月以内の受診状況	●受診 有・無 ●受診予定 有(年 月 日)・無 ※入院・施設入所の方は記入不要(病院に入院中の方は、病院に相談してから申請してください。)	

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

介護サービス計画又は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・要支援認定にかかる調査内容、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、美祢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若しくは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。

市 確 認 欄	申 請 書	入 力	認 定 調 査	依 頼 日	意 見 書	依 頼 日
------------------	-------------	--------	------------------	-------------	-------------	-------------

本人氏名

代筆者氏名 (続柄)