

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規 **更新** 変更)

(宛先) 紀の川市長

次のとおり申請します。

申請年月日		年 月 日	
申請者氏名	紀の川 花子	本人との関係	妻
提出代行者 名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)		
申請者住所	※申請者が被保険者の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 〒123-4567 紀の川市〇〇△△番地 電話番号 ●●●● (●●) ●●●●		
被 保 険 者	被保険者番号	●●●●●●●●●●	個人番号
	フリガナ	キノカワ タロウ	生年月日
	氏名	紀の川 太郎	性別
	住所	〒123-4567 紀の川市〇〇△△番地 電話番号 ●●●● (●●) ●●●●	
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	更新・変更申請の場合のみ記入	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29年8月1日から 平成30年7月31日まで
	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 【 □□市 】 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 平成30年7月15日	
変 更 申 請 の 理 由	変更申請のときのみ記入 変更申請の場合のみ必ず書いてください。		
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 入 院 、 入 所 の 有 無 (短 期 入 所 除 く)	有	入所施設名・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日
	無	医療機関名・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日
主 治 医	医療機関名	〇〇△病院	主治医の氏名
	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			
医療保険者名	※	医療保険被保険者証記号番号	※
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... 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... 居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは... 定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

65歳未満の方は※にも記入してください。

代筆者氏名	紀の川 花子	本人との関係	本人氏名 紀の川 太郎
		妻	
代筆者住所	紀の川市〇〇△△番地	電話番号	
		〇〇-〇〇〇〇	

※市記入欄 (記入しないで下さい)

入力の確認

資格者証の発行	認定調査連絡事項	認定調査委託先	資格者証	認定調査	医師意見書
済・未	有・無				