

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書（新規・変更・更新）

洲本市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号								個人番号								
	医療保険者名								医療保険者番号								
	医療保険被保険者証	記号				番号				枝番							
	フリガナ								生年月日	明・大・昭年月日							
	氏名								年齢	歳	性別	男・女					
	住所	〒 - 電話番号 ()															
	訪問先住所 (住所と違う場合)	〒 - 電話番号 ()															
	前回の要介護認定の結果等	* 更新・変更認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2									
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期限 年月日から					年月日									
			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。 (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・いいえ 「はい」の場合、申請日 年月日														
変更申請の理由 * 変更時のみ記入																	
介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無 (有・無)	施設名及び所在地							期間									
								年月日									
								~ 年月日									

提出代行者	名称	該當に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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・介護医療院）													
	住所	〒 - 電話番号 ()													

医療機関及び主治医	氏名				医療機関名										
	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	
-------	--

受付処理欄

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洲本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、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。

本人氏名

受付

資格者証交付