

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

摂津市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請区分	1 新規 2 更新 3 要介護からの区分変更 4 要支援からの区分変更												
本人	被保険者番号							個人番号					
	フリガナ							生年月日	年 月 日				
	氏名							性別	男 ・ 女				
	住所	〒						電話番号	()				
	医療保険者名							医療保険被保険者記号・番号					
	前回の要介護認定の結果等 (申請区分2、3又は4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		年 月 日から			年 月 日まで						
	区分変更の理由 (申請区分3又は4の場合のみ記入)												
	過去6月間の 介護保険施設	名称等 所在地						期間	年 月 日から 年 月 日まで				
	医療機関等 入院入所の有無	名称等 所在地						期間	年 月 日から 年 月 日まで				
認定調査先 住所	自宅 ・ 自宅以外		入所施設・医療機関・マンション等の名称も記入										

主治医	医療機関名						主治医氏名						
	所在地	〒		電話番号					()				
	最近の受診日					年 月 日頃							

連絡先	氏名						本人との関係					
	住所	〒		電話番号					()			

※連絡先が本人の場合は、連絡先欄の記載は不要です。

次の欄は、2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、被保険者証及び主治医意見書の写しを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。

本人氏名

提出代行業者 名称	該当に〇 (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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院)											
提出代行業者 所在地	〒		電話番号					()				

