

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

摂津市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

本人	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒566- 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	*要介護・要支援更新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	
		有効期間	年 月 日から	年 月 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 [] 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			
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院入所の有無	介護保険施設の 名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日	
	有 ・ 無	介護保険施設の 名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日	
医療機関等の 名称等・所在地		期間	年 月 日～年 月 日		
	医療機関等の 名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日		

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	()

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 ※連絡先が本人の場合、連絡先欄は記載不要

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、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○（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）
提出代行業者 所在地	〒 電話番号 ()

