

介護保険 要介護（要支援）認定
要介護（要支援）更新認定申請書
要介護（要支援）区分変更

受付印

名取市長あて

【介護保険被保険者証を添えて申請してください。】

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者氏名 ※窓口に来られた方		被保険者との関係	
提出代行者名	※該当に○→ 1. 地域包括支援センター 2. 指定居宅介護支援事業者 3. 指定介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 地域密着型サービス事業者 6. 介護医療院 7. その他 ()		
申請者住所	〒 - 電話番号 ()		

被 保 険 者 (認定を受けようとする方)	介護保険被保険者番号												個人番号											
	フリガナ												生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			性別	男・女						
	氏名												住所	〒 - 電話番号 ()										
	住所												認定調査実施場所	〒 - ※住所と同じ場合は記載不要 電話番号 ()			連絡先(立会者)	[氏名] [続柄] 電話番号 ()						
	結果通知等の送付先 (認定延期通知を含む)	送付先		〒 - ※転送の手続きを行っている場合は記入不要 電話番号 ()										宛名	[続柄]									
	前回の要介護認定区分等	事業対象者・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 有効期間 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日																						
	※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 平成・令和 年 月 日																						
	過去6月間の介護保険施設・医療機関への入所等の有無	有・無	[施設等名称] [所在地] [期間] 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日																					
	変更の理由 ※区分変更時のみ記載	(悪化・改善)																						
	主治医	主治医の氏名					医療機関名					最終診察日 年 月 日												
	所在地											〒 - 電話番号 ()												
医療保険	保険者名					保険者番号																		
	被保険者証記号					番号					枝番													

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記載

特定疾病名	
-------	--

要介護認定等情報の提供及び延期通知省略に関する同意

この申請を行うにあたっては、裏面記載の「同意事項」に同意します。

被保険者(本人)氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (被保険者本人との関係 _____)

市処理欄	認定調査	調査依頼処理	依頼先		介護認定審査会	開催予定日
	意見書	作成依頼処理	作成区分(申請時) <input type="checkbox"/> 在・新 <input type="checkbox"/> 在・継 <input type="checkbox"/> 施・新 <input type="checkbox"/> 施・継			介護度

