

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

介護保険

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. 指定介護療養型医療施設 6. 地域密着型サービス事業者 7. 介護医療院 8. 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					性別	男・女				
	氏名											年 月 日	年 月 日					別					
	住所	〒 -										電話番号 ()											
	認定調査	実施場所	〒 - ※住所と同じ場合は記載不要					連絡先 (立会者)	[氏名]					[続柄]									
	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					宛名	電話番号 ()					[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等に関する同意事項

地域ケア会議における個別事例の検討または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、名取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(写しの提供を含む)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

【特記事項等】

被
保
險
者
証
貼
付