

介護保険要介護認定・要支援認定（新規・更新・変更）申請書

滑 川 市 長 あ て

・太枠内を記入してください。

・「※」欄は該当する方のみ記入してください。

次のとおり申請します。

申請年月日		年 月 日	
申請者氏名	被保険者との関係		
申請者住所	〒 ー 電話番号 ー		
介護保険に関する書類の送付先 (本人以外の場合)	〒 ー 電話番号 ー	受取人の氏名 及び関係	(関係)
申請代行者 所属名称	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）		

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										個人番号														
	医 療 保 険	保険者名											保険者番号												
		被保険者 記号・番号	記 号										番 号						枝 番						
	フリガナ												性 別		男				女						
	氏 名												生年月日		年				月		日				
	住 所 (申請者が被保険者本人 の場合記載不要)		〒 ー										電話番号		ー										
	介護保険施設の 入所の有無 (短期入所を除く)		有・ 無	※有の場合記入 入所施設名										所在地		〒 ー 電話番号 ー									
	※ 更新(変更)認定 の場合に記入		直近の介護保険 施設・医療機関等 入院入所の有無 有・無		介護保険施設の名称等								期間		年 月 日 ~ 年 月 日										
					医療機関等の名称等								期間		年 月 日 ~ 年 月 日										
	※ 変更申請の場合 に記入		変更申請の理由																						

主治医意見書の添付		有 ・ 無				
※ 意見書の添付の ない場合に記入	主治医の氏名			医療機関名		
	所 在 地	〒 ー		電話番号 ー		

※ 第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

特 定 疾 病 名		
-----------	--	--

備 考	被保険者証の添付の 有 ・ 無（再交付申請・後日）	
認定調査立会希望	有 ・ 無	
立会者連絡先及び氏名	TEL ー ー	(氏名 本人との続柄)

介護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又は提供することに同意します。	
本人氏名	(代理者氏名 本人との続柄)

(注)『主治医意見書』及び『介護保険被保険者証』を添付して申請してください。

市 処 理 欄	(1) 給付制限	☐ 該当	☐ 非該当	前回調査員			
	(2) 他制度との給付調整	☐ 公費負担優先給付	(☐ 公害 ☐ 労災等)	☐ 非該当	C. P. 届出書	有・済	居宅介護支援事業者