

# 介護保険 要介護・要支援 認定申請書

 新規

 更新

益田市長 様

 区分変更

 転入

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者 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、介護医療院) (担当者名 )		
申請者住所	〒	電話番号 ( )	その他連絡先 ( )

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

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 枝番
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所	〒 益田市 電話番号 ( )		
被 保 険 者	前回の要介護 認定の結果等	要介護・要 支援更新、 変更申請の 場合のみ	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
		※14日以内 に他自治 体から転入 した者のみ 記入	転入元自治体(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
	変更申請の理由	変更申請をする方のみ記入してください。	
過去6月間の 入院、入所状況 の有無	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～年 月 日	
	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～年 月 日	
有 ・ 無	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～年 月 日	

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒	電話番号	

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

(裏面に続きます)

(裏面)

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、益田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に

同意します。  同意しません。

また、有効期間内に更新申請認定結果の通知ができる場合は、延期通知を行わないことに

同意します。  同意しません。

《同意欄》 本人 ・ 代筆 本人氏名 \_\_\_\_\_

調査の立会	1. 立会する	2. 立会しない
	立会人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 申請者以外 (氏名 _____) 続柄 _____ 連絡先 _____	

—注意—

- ・印刷する際には両面で印刷して下さい。
- ・両面印刷ができない場合は左上を糊付けし、貼り付けて下さい。

※保険者記入欄

個人番号等確認	・代理権確認 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	・申請者本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
	・本人の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
備考	