様式第1号（第2条関係）

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規 更新 区分変更 転入

要支援からの要介護新規申請

※申請する項目の□にレ点を入れてください

（申請先）東御市長

次のとおり申請します。

										申請年月日		年 月 日		
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										生年月日		明・大・昭 年 月 日		
氏名										性別		男 ・ 女		
住所										〒 電話番号				
被 保 険 者	前回の要介護 認定の結果等		※要介護・要 支援更新認定 の場合のみ記 入		(要介護状態区分) 1・2・3・4・5・経過的要介護 (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。 はい ・ いいえ (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」の場合、申請日 年 月 日										
変更申請理由														
介護保険施設 への入所			入所 施設名		期間 年 月 日から									
介護保険施設 以外への 入居・入院			入居・入院 施設名		期間 年 月 日から									
申請者		氏名					電話番号							
		特記事項					(被保険者との続柄)							
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)							調 査 場 所					
	住所	〒					更新申請の場合、 提出代行者が ☐ 調査できる ☐ 調査できない							
		(担当者名) 電話番号							立 会 者 立 会 者 連 絡 先					
主 治 医	主治医氏名 (フルネーム)		医療機関名											
	所在地		〒 電話番号											

2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	
-------	--

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東御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。

本人氏名 _____