

# 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

( 新規 ・ 更新 ・ 変更 ・ 転入 )

香芝市長 様

次のとおり申請します。

介護 保険 情報	個人番号																			申請年月日	令和	年	月	日			
	被保険者番号	0	0	0	0																						
	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								
	現在の要介護 状態区分等	認定区分	要介護					1	2	3	4	5	要支援		1	2											
		有効期間	平成・令和					年	月	日	から	平成・令和					年	月	日								
	転入時	転入前自治体名【																	】								
		※ 転入前自治体で要介護・要支援認定を申請中の方【																	申請日					令和	年	月	日
	現在の入所 入院状況	有 ・ 無	名称											期間	年	月	日から										
所在地													年	月	日まで												
医療機関名											主治医氏名																
所在地																											

医療 保険 情報	国民健康保険・社会保険の方										後期高齢者医療保険の方								
	(保険者名)					(保険者番号)					(保険者番号)								
	(番号)					(記号)					(枝番)					(被保険者番号)			

以下について同意します。

- 介護サービス計画等又は介護予防サービス計画等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香芝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。
- 個人番号または医療保険被保険者番号の記載が無い場合で、市職員が住民基本台帳等で確認ができる場合は、申請書欄に補記すること。

※代筆者による署名の場合は、代筆者署名欄も記入して下さい。  
親族のみ代筆が可能です。

**本人署名** (代筆者署名 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																				
	住所	〒																	電話番号 ( )			

※ 第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）の方

特定疾病名																	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

