

介護保険 要介護・要支援（新規・更新・変更・転入）認定申請書

・太枠内をご記入ください。

・「※」欄は該当する方のみご記入ください。

射水市長

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	
被 保 者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
保 険 者	住 所		〒 電話番号		
	前回の要介護認定の 結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2		
		有効期限		年 月 日 から 年 月 日	
変更申請の理由					
※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 []		はい（申請日：年 月 日）・いいえ 既に認定結果通知書を受け取っている場合は「いいえ」	
有 ・ 無	過去6か月間の介護 保険施設・医療機関 等入院、入所の有無		※介護保険施設の名称等		期間 年 月 日～ 年 月 日
			※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
			※医療機関等の名称等		期間 年 月 日～ 年 月 日

申 請 者	氏 名	被保険者との関係	
	住 所	〒 電話番号 昼間の連絡先	
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） 担当介護支援専門員	
	住 所	〒 電話番号	
主治医意見書の添付		有 ・ 無	
主 治 医 ※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	〒 電話番号	

※第二号被保険者（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	
-----------	--

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、主治医意見書、射水市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、射水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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 _____（代理者氏名 _____ 被保険者との関係 _____）

（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。