

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

（□新規・□更新・□区分変更・□要支援者の新規要介護）

国分寺市長 殿 次のとおり申請します。

※申請日は市が受理した日となります。

記入日		年 月 日		介護保険 被保険者番号																	
認定 を 受 け よ う と す る 人	医療 保 険	保険者名		保険者番号																	
		被保険者証	記号	番号		枝番															
		フリガナ		個人番号																	
		氏名		生年月日		年	月	日													
				性別	男	女	年齢	歳													
		住所 <small>※住民登録のとおり記入</small>		〒		—	電話番号		()											
		現在の要介護 認定状況	□要支援1 □要支援2		□要介護1 □要介護2		□要介護3 □要介護4		□要介護5												
		有効期間	年		月	日	～	年	月	日											
		入所中・入院中 の場合のみ記入 <small>(短期入所は除く)</small>	入所・入院施設名		<small>(病棟・部屋番号)</small>																
		所在地	〒		—		電話番号		()											
	入所・入院の期間	年		月	日	～	年	月	日												
	変更申請の場合 該当する理由を チェック(☑)	変更理由	1 <input type="checkbox"/> 身体機能の(□低下・□改善) 2 <input type="checkbox"/> 認知症症状、精神・神経症状の(□悪化・□改善) 3 その他()																		

※以下の主治医の欄は認定申請に当たり重要ですので、記入してください。記入がなされていない場合は、申請を受け付けることができませんので、御注意ください。

主治 医	フリガナ		診療科目名															
	氏名 ※記入必須		※記入必須															
	医療機関名 □入院先と同じ		最近受診した日		年	月	日											
	電話番号 □入院先と同じ		()	所在地	〒	—	□入院先 と同じ										

※2号被保険者(40歳から64歳)のみ記入してください。

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

※【提出した人】が認定を受けようとする御本人の場合は記入不要です。

提出 した 人	フリガナ		本人との関係																		
	氏名																				
	住所 <small>※本人と同居で ない場合に記入</small>		〒		—		電話番号		()											
	提出代 行事業者名 <small>※事業者が提出する場合</small>		□ 地域包括支援センター		□ 居宅介護支援事業所		□ 介護保険施設														

※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、国分寺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、国分寺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。

《同意欄》氏名

(代筆者氏名)

(続柄:)

