

介護保険要介護・要支援（新規・更新・変更）認定申請書

中新川広域行政事務組合 管理者 様
 次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏名											性別	男・女									
	住所	〒 世帯主 () 自宅電話番号 - - 調査の連絡先 () 電話番号 - -																				
	現在の状況	在宅	在宅以外	所在地名称	期間: 年 月 日～																	
	※更新又は変更申請の場合記入	現在(前回)の要介護認定の結果等	要介護状況区分	1 2 3 4 5	要支援	1 2	有効期間 年 月 日から 年 月 日まで															
	※変更申請の場合記入	変更申請の理由																				
	※過去6ヶ月間に介護保険施設・医療機関等の入所、入院がある場合記入	介護保険施設の名称等・所在地	期間: 年 月 日～ 年 月 日																			
	医療機関等の名称等・所在地	期間: 年 月 日～ 年 月 日																				

申請者	氏名											続柄										
	住所 〒											電話番号	- -									
提出代行者	該当に○ 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設										電話番号	- - (担当者名)										

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地 〒											電話番号	- -									

※第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者） ※健康保険証の写しを添付のこと

医療保険者名											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・意見及び主治医意見書を中新川広域行政事務組合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又は介護保険施設の関係人及び主治医意見書を記載した医師並びに認定調査に従事した調査員に提出することに同意します。

本人氏名 _____ (代理人氏名 _____) ㊟ 被保険者との続柄: _____)

※訪問調査希望曜日等がある場合のみ記入（土日祝日を除く） ◆「※」欄は該当する方のみ記入

曜日:	曜日 (午前:午後)	調査場所 ()
現在の居宅サービス利用状況	(担当ケアマネジャー氏名 _____)	公費負担の有無
		有() 無

- (注) 1 『主治医意見書』『被保険者証』を必ず添付してください。
 2 日中の連絡先が被保険者住所と異なる場合は、会社等をご記入ください。