

要介護・要支援認定（新規・更新・区分変更）申請

中間市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者 の 情 報	被保険者番号											個人番号																								
	フリガナ											性別	生年月日	年			月			日																
	被保険者氏名																																			
	住所	郵便番号																																		
	電話番号																																			
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援状態区分											有効期限（始期）			年			月			日			有効期限（終期）			年			月			日		
		有効期限（始期）	年			月			日			有効期限（終期）			年			月			日															
	※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																																		
要介護・要支援認定を申請中												申請日			年			月			日															
変更申請の理由																																				
過去6ヶ月の介護保険施設・医療機関等への入院・入所	過去6ヶ月間の入院、入所の有無																																			
	①介護保険施設の名称等・所在地																																			
	①期間（始期）	年			月			日			①期間（終期）			年			月			日																
	②介護保険施設の名称等・所在地																																			
	②期間（始期）	年			月			日			②期間（終期）			年			月			日																
	③医療機関の名称等・所在地																																			
	③期間（始期）	年			月			日			③期間（終期）			年			月			日																
	④医療機関の名称等・所在地																																			
④期間（始期）	年			月			日			④期間（終期）			年			月			日																	

提 出 代 行 者 の 情 報	種別											名称										
	住所	郵便番号																				
電話番号																						

主 治 医 の 情 報	主治医の有無																					
	主治医の氏名																					
	医療機関名																					
	医療機関の所在地	郵便番号																				
医療機関の電話番号																						

医 療 保 険 の 情 報	医療保険者名										
	医療保険被保険者証記号番号枝番										
	特定疾病名第二号被保険者のみ記入										

整 定 調 査 の 連 絡 程 序	フリガナ																				
	連絡先氏名											被保険者との関係									
	担当者の電話番号																				
	担当者のメールアドレス																				

本人同意	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、中間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 <input type="checkbox"/> 同意する
------	--