介護保険　要介護・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

安来市長　様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合，申請者住所・電話番号は記載不要

提出代行者	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・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・介護医療院）

被保険者	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		
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番	
	フリガナ			生年月日		
	氏　名			性　別		
	住　所	電話番号				
	現在の要介護認定区分等	＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	有効期間　～			
		＊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［　］ 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。　はい・いいえ （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） 「はい」の場合、申請日　年　月　日			
	変更申請の場合にはその理由					
	現在の介護保険施設医療機関等入院・入所の有無（短期入所を除く）	有	入院・入所施設名			
		無	所在地　〒 電話番号			

※認定調査時に立会される方の氏名と昼間の連絡先を記入下さい。立会がない場合はその旨記入下さい。

立会者氏名 連絡先電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

１．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もしくは介護保険施設に対する要介護（要支援）認定に係る調査内容、介護認定審査会の判定結果・意見及び主治医意見書に関する情報提供
２．主治医に対する要介護（要支援）認定結果についての情報提供
３．居宅介護支援事業者等から主治医、サービス提供事業者等への居宅サービス計画等の情報提供

上記の情報提供について同意します。　本人氏名

※本人が記入できない場合は代筆者が本人氏名もご記入ください。

代筆者氏名　　本人との関係