

課長	係長	係
----	----	---

受付印

## 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

種別〔 新規 ・ 更新 ・ 変更 〕

佐野市長様 次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

被保険者 (介護を受けたい方)	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		年齢	歳 (1号・2号)
			性別	男 ・ 女
	住所	〒	電話番号	( )
現在の状況	該当に○〔1.在宅 2.別居家族宅 3.入所中(老人福祉施設・介護老人保健施設・医療機関・その他の施設)〕			

申請者 (窓口に来た方)	被保険者との 続柄又は関係
提出代行者名称	該当する場合は○→(地域包括支援センター・指定居宅支援事業者・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) ※事業所の方のみ記入してください(本人・家族・知人の方は不要です)
申請者又は 提出代行者住所	〒 電話番号 ( ) ※どなたも必ず記入してください

主治医	※申請者が記入してください			
	医療機関名	診療科名	主治医 の氏名	
	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

医療保険者名 (〇〇市、△△健保等)	医療保険 被保険者証	記号	番号
保険者番号	特定疾病名		

前回の要介護認定 の結果等	要介護状態区分【 1 2 3 4 5 】 経過的要介護・要支援状態区分【 1 2 】 有効期間 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日
変更の理由 (変更申請の方)	
14日以内に他自治 体から転入した者 のみ記入	転出自治体(市町村)名 【 】 現在、転出元自治体に要介護・要支援を申請中ですか。 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) 【はい】の場合 申請日 年 月 日

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、佐野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ことに同意します。

被保険者氏名 (介護を受けたい方) \_\_\_\_\_ 代筆者 (代筆した方) \_\_\_\_\_

※被保険者が署名できない場合は、申請者が被保険者に確認の上、代筆してください。

