

介護保険〔要介護認定等（新規・更新）〕 申請書

(あて先) 周南市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 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	〒 _____ ☎ _____								
	現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2
		有効期間	年 月 日から				年 月 日			
※現在介護保険施設・医療機関等入所（院）中・自宅以外の調査場所希望の人はご記入ください。										
施設（居住）名					入所（院）期間	年 月 日～	年 月 日			
所在地	〒 _____ ☎ _____									

主 治 医	主治医の氏名				医療機関名					
	所在地	〒 _____ ☎ _____								
	受診（予定）日	年 月 日				※概ね1ヶ月以内の受診又は受診予定日をご記入ください				

提 出 代 行 者	名称	該当に0をつけてください（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） 事業所の印 (担当介護支援専門員名： _____)							
	住所	〒 _____ ☎ _____							

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入（健康保険証コピーを添付してください）

医療保険者名				医療保険被保険者証記号番号					
特定疾病名									

転入等により保険者変更の場合は記入

前保険者名 (転出元自治体)	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定申請中ですか？ はい(申請日 年 月 日)・いいえ(既に認定結果通知を受け取っている場合も含む)								
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、認定結果及び主治医意見書を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、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。
- 認定結果を主治医意見書を記載した医師及び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。
- 更新申請において、現在の認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、申請日から30日を超えて処分を行う場合であっても処理の見込期間及びその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

本人署名 _____ 代理人署名 _____ 続柄 _____

訪 問 調 査	連絡先氏名	立会人氏名								
	続柄 () ☎	続柄 () ☎								
	都合の悪い時間帯に×をつけてください	月曜日午前	火曜日午前	水曜日午前	木曜日午前	金曜日午前	月曜日午後	火曜日午後	水曜日午後	木曜日午後

※裏面の「介護保険主治医意見書用問診票」にご協力ください。介護保険主治医意見書を医師に依頼する際、写しを同封いたします。

〔確認欄〕 個人番号 身元確認（本人 / 代理人）顔写真あり1点 顔写真なし2点 代理権

