

# 介護保険 要介護・要支援(新規・更新・変更)認定申請書

受付印

申請区分を○で囲んでください

**勝山市長 殿**

次のとおり申請します。

●太枠内をご記入ください

「※」欄は該当する方のみご記入ください

申請者氏名		申請年月日	令和 年 月 日
提出代行者(名称)	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)	被保険者との関係	担当介護専門員
申請者・提出代行者住所	〒 - 電話番号( ) - (注)昼間の連絡先( ) -		

(注)認定調査員が調査日時のこと等で確認の電話をする事があります。

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号	
	医療保険被保険者名		保険者番号	
	被保険者証記号		番号	枝番
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 - 電話番号( ) -		
	(申請者が被保険者本人の場合記入不要)			
※前回(現在)の要介護認定の結果など	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 ) 経過的要介護			
※更新(変更)認定又は転入の場合に記入	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
現在の介護保健施設・医療機関等入院入所の有無	※介護保健施設等の名称	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
有 ・ 無	※医療機関等の名称		年 月 日 ~ 年 月 日	
主治医	氏名	医療機関名		
	所在地	〒 - 電話番号( ) -		
変更申請の理由	※区分変更申請の場合は記入			

**※第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入**

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、主治医意見書、勝山市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、勝山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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

調査内容審査	申請入力	受付者

**本人氏名**

被保険者証 済 ・ 未  
資格者証 済