

介護保険

要介護認定・要支援認定  
 要介護更新認定・要支援更新認定  
 要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

(あて先) 市原市長  
次のとおり申請します。

※申請書は介護保険被保険者証(緑色)を添付して提出してください。

被 保 者	被保険者番号		申請年月日	平成	年	月	日						
	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 ( )					
	前回の要介護認定の結果等 ※更新認定及び区分変更申請の場合のみ記入	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		平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	
	変更申請の理由												
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院・入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地						期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
							電話番号 ( )						
	医療機関等の名称等・所在地						期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
							電話番号 ( )						
有・無													

申 請 者	氏名		被保険者との関係		
	住所	〒			電話番号 ( )
	提出代行者名称	(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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)			印

主治医	主治医氏名		医療機関名	
	所在地	〒		

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		記号・番号	
特定疾病名			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、市原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。

本人氏名 \_\_\_\_\_

訪問調査等の場所・同席の有無  自宅  自宅外( )  
 同席あり  同席なし

訪問調査時の連絡先

氏名 ( ) 住所 電話番号 ( )