

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更・転入）

生駒市長宛

次のとおり申請します

申請年月日

令和

年

月

日

申請者氏名		本人との関係	
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・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）	
申請者住所		〒 ー 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	
医療 保険	保険者名	保険者番号	
	被保険者証	記号	番号 枝番
被 保 険 者	被保険者番号	個人番号	
	フリガナ	生年月日	明 天 昭 年 月 日
	被保険者氏名	性 別	男 ・ 女 年齢 歳
	住 所	〒 ー 電話番号（ ）	
	現在の介護保険施設医療機関等 入所入院の有無 (短期入所を除く)	有 ・ 無	入所施設名 所在地
		現在(前四)の要介護 状態区分(認定結果) 等 (更新変更時のみ記入)	
主 治 医 「主治医意見書」の 記載を依頼する医師	主治医の氏名	医療機関名	
	所 在 地	〒 ー 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 ※医療保険証のコピーを添付して下さい

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、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、介護保険施設の関係人、医師、調査員、又は関係者に提供することに同意します。

更新申請に係る認定が有効期間内に行われる場合は、申請から30日を超えても認定延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名

※認定結果通知や給付費関係等書類の送付先変更を希望される場合は、
「介護保険関係書類送付先申請（変更）届」をご提出ください。

受付日

※ 裏面も記入してください。

受付番号

契約

前回調査

調査

意見書

認定調査連絡票

※認定調査の連絡先について記入してください。（平日の昼間連絡のとれる電話番号をご記入ください）
※調査日時が決まりましたら、他の同席される方にお伝えください。

被保険者氏名		新規 ・ 更新 ・ 変更		
		介護度	期間	～

連絡先	フリガナ			本人との関係	
	氏 名				
	電話番号	()			
	携帯番号	()			
訪問先住所	☐ 本人自宅	住所			
どちらかを 選択してください	☐ その他	住所			
		訪問先名			
		電話番号	()		
認定調査日時 について	☐ 希望日は特にない ※調査日時は、平日の9～17時の間でお願いします。 ☐ 曜日の希望あり ☐ 月曜日 ☐ 火曜日 ☐ 水曜日 ☐ 木曜日 ☐ 金曜日 ☐ 時間の希望あり ☐ 午前 【 】時頃 ☐ 午後 【 】時頃				
認定調査時に 同席される方はいま すか？	☐ いる	同席者氏名		本人との関係	
	☐ いない				
	※当市では認定調査を正確におこなうために家族等の同席をお願いしております。 できるだけご協力をお願いします。				
変更申請の理由 (変更時のみ記入)					
認定調査に関して何か伝えておきたいと思われることがありましたらその内容をご記入ください。 ※過去1週間に、環境変化（入退院、転院、施設入退所等）があった場合は記入してください。					
特定疾病名 (2号被保険者)					

現在のサービス利用状況について

現在利用しているサービスはありますか？	☐ あり	☐ なし
---------------------	-----------------------------	-----------------------------