

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

※次に該当するものに「レ」を記入してください。

大阪市長
次のおり申請します。

新規 要支援者の要介護新規申請 更新 区分変更 転入

被 保 険 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								()	歳				
								性別	男・女					
	住所	〒						電話番号 ()						
	前回の要介護認定の結果等	状態区分	要支援 ()	要介護 ()	有効期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日
	変更申請の理由 (区分変更時のみ記入)													
	介護保険施設 医療機関等 に入所・入院 している場合	入所施設・医療機関等の名称						入所・入院の期間						
		〒						平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで						
	認定調査先住所	※認定調査先が、被保険者住所と異なる場合は必ずご記入ください。 〒												
	電話番号 ()													
<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査を特に急ぐ必要がある場合は、「末期がん」など具体的理由を記入してください。 理由 ()														

主 治 医	医療機関名					主治医の氏名		
	所在地	〒						電話番号 ()
	受診状況	通院中 (最終受診日平成 年 月 日頃)						入院中

私は、主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護・要支援認定結果、居宅・介護予防サービス計画作成事業者名及び連絡先を、認定調査に従事した調査員から求めがあれば、要介護・要支援認定結果をそれぞれ提示することに同意します。

また、要支援認定及び非該当と判定された場合、地域包括支援センターに、認定結果情報及び住所、生年月日、性別、電話番号について提示することに同意します。

本人氏名 _____

※本人以外が申請する場合は次の欄に記入してください。

申請者氏名 提出代行者名称 (提出代行者のみ押印)	該当に○ (代行業者番号 (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・介護療養型医療施設・地域包括支援センター))	被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)
	印	
住所 又は 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)のみ記入し、健康保険証(写)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	

受付

※裏面もご記入ください。