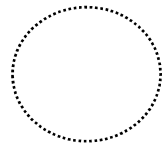


介護保険 要介護認定・要支援認定申請書



(宛先) 松阪市長
次のとおり申請します。

申請種別 新規 更新 変更
申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号										個人番号										
	医療 保険	保険者名										保険者番号									
		被保険者 記号・番号					記号					番号					枝番				
	フリガナ										生年月日					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										要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					
											有効期限					年 月 日 から 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										介護保険施設等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日					
										医療機関等の名称等・所在地					期間 月 日～ 月 日 手術：有 (月 日) ・ 無						

申請者 氏名	被保険者との関係										電話番号								
提 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・介護医療院)																	
	住所	〒										担当者名							
										電話番号									

主 治 医	主治医の氏名					医療機関名								
	所在地					〒					電話番号			

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

特定疾病名															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

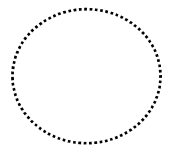
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、松阪市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、松阪市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（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。

年 月 日 被保険者名 _____
代筆者 _____ 被保険者との関係 _____

保険者確認欄

保険証確認	資格証発行	申請日	受付日	意見書登録	調査票登録	調査員	対応者	個人番号
済・未	/	/	/	/	/			本・代・職

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書



(宛先) 松阪市長
次のお通り申請します。

申請種別 新規 更新 変更
申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												
	医療 保険	保険者名						保険者番号					
		被保険者 記号・番号			記号			番号			枝番		
	フリガナ						生年月日			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		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					
			有効期限 年 月 日 から					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		介護保険施設等の名称等・所在地						期間 年 月 日～ 年 月 日					
		医療機関等の名称等・所在地						期間 月 日～ 月 日 手術：有 (月 日) ・ 無					

申請者 氏名	被保険者との関係						電話番号					
機 構 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・介護医療院) 担当者名										
	住所	〒 電話番号										

主 治 医	主治医の氏名						医療機関名					
	所在地						〒 電話番号					

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

特定疾病名												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

訪問調査にかかる事前確認事項

立 会 い	□入院中 □なし □あり (被保険者との関係)											
連 絡 先	□被保険者 □提出代行者 □申請者 □その他 ()											
被保険者宅以外の調査場所	□入院・入所先 □その他 ()									駐車場□有□無		
サ ー ビ ス 利 用	□利用中 □至急利用したい □利用を考えている □当面利用は考えていない											
申 請 理 由 (新 規 ・ 更 新)	□ 加齢に伴う身体機能の低下 □ 病気や障害の影響 □ 認知症の症状進行 ※病名・症状・困りごと・希望のサービスなど ()											
備 考												