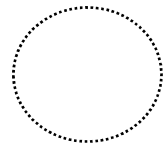


介護保険 要介護認定・要支援認定申請書



(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								

申請者名	被保険者との関係										電話番号									
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・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															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

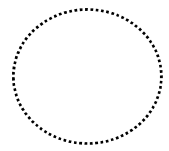
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、松阪市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、松阪市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（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					
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・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	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（被保険者との関係）											
連 絡 先	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他（）											
被保険者宅以外の調査場所	<input type="checkbox"/> 入院・入所先 <input type="checkbox"/> その他（）									駐車場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
サ ー ビ ス 利 用	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 至急利用したい <input type="checkbox"/> 利用を考えている <input type="checkbox"/> 当面利用は考えていない											
申 請 理 由 ( 新 規 ・ 更 新 )	<input type="checkbox"/> 加齢に伴う身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 病気や障害の影響 <input type="checkbox"/> 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												