受付印

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
前回認定結果	要支援（　　）/ 要介護（　　）
有効期間	年　月　日 ～ 年　月　日

被保険者	被保険者番号			申請年月日	年　月　日
	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日
	氏名			性別	歳
	住所	〒　－		電話番号	
	医療保険 保険者名		保険者番号		
	医療保険 被保険者証	記号	番号	枝番	
	介護保険施設 医療機関等 入院・入所	施設名	所在地		
		入院日　年　月　日	病棟　階		
		手術　有（　月　日）・無	退院予定日　月　日・未定		

申請者	氏名		被保険者との関係
	連絡先（被保険者宅と異なる場合のみ記入）		電話番号
提出代行	名称		
	所在地		電話番号

主治医 ※最近、診察を受けていること	医療機関名		主治医氏名
	所在地		電話番号
特定疾病名	※２号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）のみ記入		

申請理由	
認定後のサービス利用	・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

調査	調査立会い	・希望する（被保険者との関係　　）　・希望しない
	調査連絡先	・被保険者宅と同じ　・その他（　　）
	調査場所（現住所・入院先と異なる場合のみ記入）	

情報提供の同意

介護サービス計画又は介護予防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松阪市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。また、要介護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の関係人に本申請書の写し（個人番号を除く）を提供することに同意します。

年　月　日　　被保険者名

代筆者　　被保険者との関係

※被保険者が自署できない場合はご記入ください。

個人番号（被保険者）	

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