

介護保険 (要介護認定・要支援認定 新規・更新・区分変更) 申請書

泉大津市長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日

マイナンバーの番号を  
記入してください

介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6										個人番号				
	医療保険 被保険者名	〇〇健康保険組合 (泉大津市国保の場合 泉大津市)					被保険者番号	〇〇〇〇〇〇							
医療保険 被保険者 番号・番号	記号	〇〇〇〇			番号	〇〇〇〇〇〇			枝番	〇〇					
フリガナ	イズミオオツ タロウ					生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日								
名	泉大津 太郎					性別									
住所	〒 595-8686 泉大津市東雲町9-12					電話番号	0725-33-1131								
前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護 1・2・3・4・5					要支援 1・2							
			有効期限					から							
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体(市町村)名 [ ]					現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日							
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 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	年 月 日～ 年 月 日								

介護保険被保険者証の被保険者番号を記入してください

医療保険の情報を記入してください

いずれかに○をつけてください

提出代行者	氏名 又は 名称	該当に○ (家族・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・その他) 泉大津 花子
	住所	〒 595-8686 泉大津市東雲町9-12 電話番号 0725-33-1131

主治医	医療機関名	〇〇病院	主治医の氏名	〇〇 〇〇 医師 (フルネーム)
	所在地	〒 595-8686 泉大津市東雲町9-12 電話番号 0725-33-1131		

第2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	※ 介護保険の対象となる特定疾病名を記入してください(40歳から64歳の方のみ)
-------	--

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、泉大津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、泉大津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出し、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。

更新申請において、申請から更新までの有効期間内であれば、延期通知の省略に同意します。

介護保険被保険者証紛失の場合、  
被保険者証を紛失された場合は  をつけてください

本人氏名 泉大津 太郎

代筆者氏名 泉大津 花子

本人が自署できない場合は、代筆のうえ、代筆者氏名もご記入ください。必ず手書きでお願いします。  
(パソコン入力、ゴム印等は不可)