

受付印

介護保険 要介護(要支援)認定申請書

申請日を記入した日をお書きください。

いずれかにチェックを入れてください。

申請者のお名前・電話番号を記入してください。

被保険者番号は「介護保険者証」の番号の欄に書いてあります。
不明な場合は未記入で結構です。個人番号は未記入でも結構です。

医療保険証に記載されている「保険者名」「保険者番号」「記号」「番号」「枝番」(あれば)を記入してください。

変更申請の場合は必ず理由を記入してください。

ご本人が現在医療機関や施設に入院・入所している場合は
施設の名称と期間を記入してください。

訪問調査時に立ち会っていただける方の氏名を記入してください。
立会う方がいなければ【立会いなし】と記入してください。
立会いの有無にかかわらず、日中の連絡先を記入してください。

主治医の名前を記入してください。介護保険でいう主治医とは、ご
本人による定期的な通院あるいは医師による定期的な往診があり、
現在の主だった症状を診ている先生のことをいいます。

【ご注意ください！】
前回の受診日が3ヶ月以上前になる場合は手続きができません。
●申請後に受診される方→申請後速やかに受診してください。
●申請前に受診済の方→再受診が必要な医療機関があります。病院
に確認のうえ、再受診が必要な場合、速やかに受診してください。

65歳未満の場合、特定の16疾病にかかっていないと申請することが
できません。

申請時に医療保険証のコピーを添えてください。

枠内に被保険者の氏名をお書きください。押印は不要です。

(あて先)松戸市長 次のとおり申請します。

申請年月日		年	月	日
申請区分				
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 再入力				
該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者・介護保険施設・家族等)				
申請者氏名 (提出代行者)		電話番号		
被	被保険者番号	個人番号		
	フリガナ	生年月日		
保	氏名	年 月 日		
	保険者名	保険者番号		
険	被保険者証	記号	番号	枝番
	住所	電話番号 () 携帯電話 ()		
者	前回の要介護認定結果等	要介護要支援更新・変更申請のみ記入	要介護状態区分	要支援状態区分
		転入者	有効期間	1 2
変更申請の理由				
者	過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等の入所・入院	介護保険施設の名称等・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
備考				
訪問調査に立会う家族等	氏名	続柄	※日中の連絡先 電話番号 () 携帯電話 ()	

主治医氏名	医療機関名	診療科目
科	定期受診	有・無
受診月	前回	月 月 月
次	月	月
電話番号	()	

記入例

※第1号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ下記に記入してください。

特定疾病名

介護サービス利用の作成等介護保険事業の適正な運営のために必要であるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、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。

受付者	電算入力	同意欄
		本人署名
		代筆者氏名 (本人署名欄代筆の場合)
		本人との関係 ()