

調査日時	年 月 日 時 分
調査者	立会 有・無
調査場所	自宅・その他( )

	入手	確認
意見		
調査		

## 介護保険 要介護・要支援認定申請書(新規・更新・変更・転入)

長門市長様  
 次のとおり被保険者証を添付のうえ申請します。  
 ※転入継続の場合は、受給資格証明書を添付してください。

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"/> 転入
本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(関係 ) <input type="checkbox"/> 代理人(関係 )

申請者	氏名	
	住所	〒 _____ 電話番号 _____

認定結果の送付先	1 被保険者 2 申請者 3 施設等 4 その他( )
----------	-----------------------------

提出代行者住所及び名称 *申請者が 代行申請事業者の場合	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】 *該当に○ 〒 _____ 電話番号 _____
------------------------------------	--

被保険者(認定を受ける人)	被保険者番号	_____	個人番号	_____
	フリガナ	_____	生年月日	大・昭 _____ 年 月 日 ( )歳
	氏名	_____	性別	男 ・ 女
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		
	現在の要介護認定の結果等 *更新・変更申請のみ	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
	変更申請の理由 *変更申請のみ	有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		
	過去6月間の医療機関・介護保険施設の入院・入所の有無 【有・無】	名称・所在地	期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
		名称・所在地	期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日
名称・所在地		期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日	

主治医	主治医の氏名	_____	医療機関名	_____
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____		

◆第2号被保険者 *40歳から64歳の医療保険加入者のみ	
医療保険者名	_____ 医療保険被保険者証記号番号 _____
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、長門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、長門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。

(更新申請の場合のみ)私は、申請から30日以内に認定されない場合、現在の有効期間内であれば、認定延期通知書の省略に同意します。

本人署名: \_\_\_\_\_ 代筆者署名(続柄): \_\_\_\_\_

—裏面あり—

