

新規

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

新規 更新 変更 転入
新規 (要支援からの区分変更)

市側で
記載
します

(宛先) 岡 崎 市 長

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

次のとおり申請します。

個人番号

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	生年月日	明・大・昭 〇 年 〇 月 〇 日	
	フリガナ	カイゴ	タロウ	年 齢	〇 歳
	氏 名	介 護	太 郎	性 別	男・女
	住 所	〒444-8601 岡崎市 十王町二丁目9番地		電話番号	0564-23-6683
入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有	施設名	1 特別養護老人ホーム 2 老人保健施設 3 介護医療院 4 その他		
	無	所在地			

前回の認定結果	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
	有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		

変更申請の理由	転入継続の方	転出元自治体	現在、転出元自治体で申請中ですか。
			はい いいえ

窓 た 人 口 に	氏 名	介 護 花 子	本人との関係	長男の妻
	電話番号	0564-23-6683		

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)		
	所 在 地	〒 -	電話番号	- -
		担当者名		

主 治 医	医療機関名	〇 〇 病院	医師名	十 五 市 郎
	所 在 地	〒 444-〇〇〇〇 電話番号 0564-〇〇-〇〇〇〇 岡崎市〇〇町字〇〇5番地1		

医療保険者名	〇 〇 健康保険組合	医療保険被保険者証	0123456
医療保険者番号	0123456	記 号 番 号	

下の欄は第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、医療保険被保険者証を提示ください。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

現在の有効期間内に認定が行われる場合、認定延期の通知をしないことに同意しますか。 ※更新申請の方のみ記入してください	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
---	--

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、認定調査に係る調査内容、主治医意見書及び認定結果を、私が指定する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、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。また、認定申請に係る情報、介護認定審査会による認定結果、居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者を、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とともに、認定結果が非該当になった場合、認定申請に係る情報を市が実施する高齢者支援の各種事業のため利用することに同意します。

本人氏名 介 護 太 郎

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

介護保険被保険者証を添えて提出してください。

市確認欄

番号確認

個人カード

通カ・住

台

本人確認

保・診

他

職記

代理権確認

保(介・医)

他

代理人確認

免・保

他

代行者確認

札・証

名