

和泉市長あて
次のとおり申請します。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

**特例延長希望
記載例**

被 保 険 者 (認 定 を 受 け る 方)	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護新規申請 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他
	個人番号	_____ (2) 申請年月日 _____年 ____月 ____日
	被保険者番号	0 0 0 _____ 生年月日 明・大・(昭)____年 ____月 ____日
	フリガナ	イズミ ハナコ
	氏名	和泉 花子 性別 男・(女)
	住所	〒000-0000 _____ 電話番号 (000) 00-0000
	現在の認定区分	要介護() / 要支援() 有効期間: 令和0年 ____月 ____日 から 令和0年 ____月 ____日
14日以内に他自治体から転入された方のみ	転入前市町村名(_____ 都・道・府・県 _____ 市・町・村) 転入前の市町村で要介護(要支援)認定を申請中ですか。 はい(申請日 ____年 ____月 ____日)・いいえ ※申請した結果がでている場合はいいえを選択	
申請の理由 ※新規・変更申請の場合必ず記入	(3) 【調査困難なため延長希望】	
介護保険施設 医療機関等に 入所・入院している 場合	名称 _____ 所在地 〒 _____	
認定結果の送付先変更を希望する場合は○をしてください	・上記、入院・入所先へ送付 ※認定結果送付までに退院・退所する場合は、ご連絡ください。 ・家族宅へ送付 : 〒 _____ (続柄: _____) 様方	

主 治 医	医療機関名	_____ 医師氏名 _____ (科)
	所在地	〒 (4) 記載不要 電話番号 _____
	受診状況	<input type="checkbox"/> 通院中(最終受診: ____年 ____月 ____日 / 次回受診予定: ____年 ____月 ____日) <input type="checkbox"/> 入院中

提 出 者	(5) 氏名(続柄)	大阪 太郎 (ケアマネージャー) 事業者名	居宅介護支援事業所〇〇
	住所 又は所在地	〒000-0000 _____ 〇〇市〇〇町〇番〇号 電話番号(000)00-0000	該当に「レ」 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院

加入医療保険の名称等 ※40歳から64歳の医療保険加入者は、医療保険証のコピーを添付してください

保険者名	(6) _____ 保険者番号 _____
記号	番号 _____ 枝番 _____

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	(7) _____
-------	-----------

同 意 欄	<ul style="list-style-type: none"> ・上記提出者を申請代理人として申請行為を委任します。 ・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認定結果・意見、及び主治医意見書を和泉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若しくは介護保険施設の関係人に提供することに同意します。 また、主治医から求めがあれば要介護認定・要支援認定結果について主治医に提供することに同意します。 ・更新申請の場合、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える時であっても、現在の要介護(要支援)状態の区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。
	市受付欄

事務処理欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証 ※結果送付先 <input type="checkbox"/> 問診票 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 訪問調査 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 資格者証
-------	--

本人氏名 (認定を受ける方)	(8) 和泉 花子 (和泉)
※本人が自署できない場合は記名押印してください	