

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

被 保 険 者	① 申請区分	☒ 新規 ☐ 更新 ☐ 要支援者の要介護新規申請 ☐ 区分変更 ☐ 転入 ☐ その他	
	② 申請年月日	〇〇年 〇月 〇日	
	② 生年	昭 〇年 〇月 〇日	
	性別	男 ・ 女	
保 険 者	氏名	和泉 太郎	
	電話番号	(〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇	
	④ 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町〇-〇	
	③ 介護() / 要支援() 有効期間: 年 月 日 から		
申 請 理 由	入前市町村名() 都・道・府・県 () 市・町・村 () 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	【例】〇月〇日に転倒し、左大腿部を骨折した。歩行や立ち上がりが困難な状態のため、着替えや清潔行為等に介護の手間がかかるため。	
	介護保険施設 医療機関等に 入所・入院	名称 ⑤ 〇〇〇ケアハウス 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇-〇	
	⑥ 被保険者本人の住民票住所以外に認定結果の送付を希望される場合は、〇をしてください。 家族宅へ送付希望の場合は、送付先住所、宛名及び続柄をご記入ください	・上記、入院・入所先へ送付 ※認定結果送付までに退院 ・家族宅へ送付 : 〒〇〇〇-〇〇〇〇 (続柄: 長女) 〇〇市〇〇町〇番〇号 大阪 花子 様方	
主 治 医	医療機関名	⑦ 〇〇病院	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇-〇	
	受診状況	☒ 通院中(最終受診: 〇〇年 〇月 〇日 / 次回受診予定	
提 出 者	氏名(続柄)	大阪 花子 (長女)	
	住所 又は所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番〇号 電話番号(〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇	
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		⑨	
記号		番号	
第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入			
特定疾病名		⑩	
40歳から65歳未満の方のみご記入ください。 (主治医に特定疾病に該当するか確認してください。)			
同 意 欄	・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、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等に提出し、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等に提出し、介護認定 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。 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 することに同意します。		
	同意欄の内容を確認し 被保険者本人の氏名をご記入ください。 ※本人が自署できない場合は被保険者本人の氏名を記入し押印してください。		
送付先		⑪ 本人氏名 和泉 太郎 (和泉 認定を受ける方) ※本人が自署できない場合は記名押印してください	