

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

新規 更新 転入

区分変更(要支援者の区分変更/要介護者の区分変更)

要支援・要介護者新規(要支援者の要介護への区分変更) *該当するものに「レ」点をつけてください。

収受印

小田原市長 様 次のとおり申請します。

申請年月日：令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)									
	氏名											性別	男 ・ 女									
	住所	〒										電話番号	- -									
	現在の要介護状態区分等	要介護状態区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5										要支援状態区分 1 ・ 2										
	※更新申請・区分変更申請の場合に記入	有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日										令和 年 月 日										
	申請の理由	※新規申請・区分変更申請の場合に記入																				
	介護保険施設入所の有無 (短期入所を除く)	有	入所施設名																			
		無	所在地																			

・申請に来た人（申請者が被保険者と同じ場合は同上と記入してください。）

代行者は該当に○をつけてください。

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院

氏名（名称）

住所

電話番号

被保険者との関係

印

(代行の場合、必ず事業所印を押印)

主 治 医	医療機関名											医師名											科											先生
	所在地	〒										電話番号	- -																					

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名											医療保険被保険者証 記 号 番 号										
特定疾病名																					

次のことに同意します。

- 1 介護(予防)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、要介護認定等に係る調査内容、認定結果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及び介護保険施設並びに主治医意見書を記載した医師に提示すること。
- 2 要支援1及び2と認定された場合、地域包括支援センターが援助を行うため、住所、電話番号等のあなたの連絡先に関する情報を地域包括支援センターに提供すること。

本人氏名 _____

※ あなたに必要な介護(予防)サービスを適切にかつ円滑に提供するため、できるだけご同意ください。

受 付 者	窓口調査票	問 診 票	被保険者証	健康保険証	負担割合証	未 納	入力者	資格者証受取確認欄

申請には介護保険被保険者証が必要です。40〜64歳の方については、医療保険の被保険者証（健康保険証）もあわせて必要になります。