

訪問調査時、同席される方の氏名・続柄	連絡先 自宅 勤務先 携帯電話
続柄 ()	

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

境港市長 様

区分	新規・更新・変更
----	----------

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	0 0 0 0	個人番号	
	フリガナ		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	電話番号		
	現在の要介護認定の結果等	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 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
	変更申請の理由			
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所等の有無	名称 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	期間 年 月 日～ 年 月 日	
有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	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	

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		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、及び主治医意見書を境港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、介護保険施設の関係人、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ことに同意します。

本人氏名

※事業者が代行申請する場合のみ記入

提出 代行 者	名称・所在地・電話番号		印
	種別	地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設	

※市記入欄(認定調査)

日時	月 日 () 午前・午後 時 分～
調査員	場所

保険証	<input type="checkbox"/> 窓口回収 <input type="checkbox"/> 調査時 <input type="checkbox"/> 後日 <input type="checkbox"/> 再発行
資格者証	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 保険証受領後 <input type="checkbox"/> 郵送(/)