

# 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

(新規 更新 変更 転入)

受付印	市役所使用欄
	保険料納付状況
	未納 有・無
	受付 入力
被保険者証	
回収・紛失・未回収	

東久留米市長様 次のとおり申請します。

※認定調査連絡票とともに2枚1組で提出してください。

申請年月日		令和	年	月	日
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・昭和 年 月 日 ( 歳)		
氏名					
住所	〒 東久留米市 電話番号				
家族等連絡先住所・氏名	〒 (氏名) (続柄) 電話番号				
前回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 年 月 日 ~		年 月 日		
変更申請理由	※14日以内に 他自治体から 転入した場合 のみ記入				
	転出元自治体(市区町村)名 [ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日				
施設入所・病院入院等 がある場合に記入 (過去6か月間)	入院・入所施設名 所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

申 (提出代行者)	氏名 (名称)	該当○(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)			
	住所	本人との関係 〒 電話番号			

主治医 及び 医療機関	医療機関名		直近の受診日	年 月 日
	主治医氏名		診療科目名	年 月 日
	所在地	〒 電話番号		

医療保険	保険者名		保険者番号	
	被保険者証	記号	番号	枝番

※特定疾病名は第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

同意書	
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東久留米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、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。 (本人との関係)	
本人氏名	代筆者氏名 ( )

(更新の場合) ケアプラン依頼機関	
----------------------	--

なお、介護給付適正化のため医療給付状況を確認させていただく場合があります。

