

介護保険（要介護・要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書

申請年月日 年 月 日

(宛先) 綾 瀬 市 長
次のとおり申請します。

要介護度区分の変更

該当 ・ 非該当

被 保 険 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																
	氏名																		性別	男 ・ 女																			
	住所	〒252- 綾瀬市																	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										平成	年	月	日	から	平成	年	月	日																			
	入院又は入所 されている方	施設名																		(病棟 階 号室)																			
所在地		〒																	電話番号	()																			
退院・退所 予定日		年 月 日 / 未定																																					

提 出 代 行 者	名称 又は 氏名	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・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) 被保険者との関係 ()	私は、左記の提出代行者に申請手続きの代行を依頼しました。 被保険者氏名 (認定を受けようとしている人) (本人自書の場合は、押印不要です。)
	住所	〒	
		電話番号	()

主 治 医	主治医の氏名			医療機関名		
	所在地	〒		電話番号	()	

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、綾瀬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。

本人氏名 ㊟

注) この同意がなくても申請には差し支えありません。その場合、介護サービス計画を作成するために必要な情報は、被保険者の方が直接提供してください。

* 40歳から64歳（第2号被保険者）の方のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険の被保険者証記号番号	
特定疾病名			

