

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
要介護認定変更

申請書

宗像市長 あて
次のとおり申請します。

被 保 者	被保険者番号																				申請年月日	平成	年	月	日
	ふりがな	-----															生年月日	明・大・昭	年	月	日				
	氏名																性別	男	・	女					
	住所	〒															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	経過的要介護						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	まで						
	変更申請の理由	※変更申請の場合のみご記入ください。																							
過 去 6 ヶ 月 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 な ど 入 所 ・ 入 院 の 有 ・ 無 (短 期 入 所 を 含 む) 有 ・ 無	入院・入所施設の名称											平成	年	月	日	～	平成	年	月	日					
	入院・入所施設の名称											平成	年	月	日	～	平成	年	月	日					
	入院・入所施設の名称											平成	年	月	日	～	平成	年	月	日					
	入院・入所施設の名称											平成	年	月	日	～	平成	年	月	日					

提 出 代 行 者	提出者氏名						本人との関係													
	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)										印								
	住所	〒															電話番号 ()			

主 治 医	主治医の氏名						医療機関名						最終診察日(平成	年	月	日)				
	所在地	〒															電話番号 ()			

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

医療保険者名						医療保険被保険者証記号番号									
特定疾病名															

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険施設の関係人、主治医意見書を作成した医師に提示することに同意します。

※下記の欄は記入不要

本人または
代理人署名
(代理人の場合は続柄も)

申請受付	MC入力	確認