

受付番号			市町村番号	2	1	2	0	6	8					
介護保険 要介護等認定申請書														
中津川市長様 次のとおり要介護認定の[新規・更新・変更]認定を申請します。														
申請年月日 令和 年 月 日														
被保険者	介護保険 被保険者番号		個人番号											
	医療保険	保険者名						保険者番号						
		被保険者証	記号			番号				枝番				
	フリガナ							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・ 要支援更 新認定の 場合のみ 記入	要介護	1	2	3	4	5	要支援	1	2	前回認定日	年 月 日	
		有効期間 年 月 日 から 年 月 日												
	※14日以内に他自治体から転入したもののみ記入		転出元自治体(市町村)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													
6か月以内の 介護・医療施設 入院入所状況		「はい」の場合、申請日 年 月 日												
変更申請をする理由 *変更申請のみ記入														
申請(代行)者	氏名 (名称)	該当に○(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 (所在)	〒 -					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	()						
第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入														
特定疾患名														
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・要支援認定に係る調査内容、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・居宅介護支援事業者・居宅介護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。														
本人署名欄: (代筆の場合、()内に代筆者名を記入) ()														

《市記入欄》 以下は記入しないでください。
上記の申請を承認してよろしいか。

令和 年 月 日 職員氏名

決 裁 欄					被保険者証	済・未・失	
課長	統括主幹	課長補佐	係長	係員	調査者	中・福・他	
					調査依頼日		
					意見書依頼	本庁・総事・家族・ケアネ	
					意見書依頼送付日		受付
					ケアマネジャー	介 /予	本庁・山口・川上・加子母 付知・福岡・坂下・蛭川 地事()・郵送