

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

（新規・更新・区分変更・要支援者の新規要介護）

国分寺市長 殿 次のとおり申請します。 ※ 申請日は市が受理した日となります。

記入日	年 月 日	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0							
認 定 を 受 け よ う と す る 人	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	個人番号								
	氏名	生年月日		明・大・昭	年	月	日			
		性別		男・女	年齢	歳				
	住所	〒	—	電話番号 ()						
	※住民登録のとおり記入									
	現在の要介護 認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5		
	有効期間	年 月 日 ~		年 月 日						
	入所中・入院中 の場合のみ記入 (短期入所は除く)	入所・入院施設名	(病棟・部屋番号)							
所在地	〒	—	電話番号 ()							
入所・入院の期間	年 月 日 ~		年 月 日							
変更申請の場合 該当する理由を チェック(☑)	変更理由	1 <input type="checkbox"/> 身体機能の(<input type="checkbox"/> 低下・ <input type="checkbox"/> 改善) 2 <input type="checkbox"/> 認知症症状, 精神・神経症状の(<input type="checkbox"/> 悪化・ <input type="checkbox"/> 改善) 3 その他 ()								

※以下の主治医の欄は認定申請に当たり重要ですので、記入してください。記入がなされていない場合は、申請を受け付けることができませんので、御注意ください

主 治 医	フリガナ	診療科目名		
	氏名 ※記入必須	※記入必須		
	医療機関名 <input type="checkbox"/> 入院先と同じ	所在地	〒	—
	電話番号 <input type="checkbox"/> 入院先と同じ	()		最近受診した日
				年 月 日

※2号被保険者(40歳から64歳)のみ記入し、医療保険証のコピーを添付してください。

特定疾病名

※【提出した人】が認定を受けようとする御本人の場合は記入不要です。

提 出 し た 人	フリガナ	本人との関係		
	氏名			
	住所 ※本人と同居で ない場合に記入	〒	—	電話番号 ()
	提出代 事業者名 ※事業者が提出する場合	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 介護保険施設

※地域包括支援センター、担当ケアマネジャー・主治医等の請求に基づき、ケアマネジメント等の資料として、市が、【認定審査会資料】・【認定結果】を提供することに同意する場合は、下記に署名をお願いします。

《同意欄》氏名	(代筆者氏名)	(続柄:)
---------	---------	--------

* 裏面に訪問調査連絡票がありますので、必ず記入してください。

