

受付印

介護保険 要介護(要支援)認定申請書

申請区分

新規 更新 変更 転入

(あて先)松戸市長 次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------------------------------|-------------------|--|--|--|----|--------|--|--|--|-------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被 保 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 申請年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | |
| | *要介護・要支援更新・変更申請の場合のみ記入 | 有効期間 | | | | | 年 | | | | | 月 | | 日 | | ～ | | 年 | | 月 | | 日 | | |
| | 変更申請の理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等の入院・入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | 期間 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | ～ | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | 期間 | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | ～ | | 年 | | 月 | | 日 | |
| 有・無 | 備考(住民票以外のお住まい等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|-----|
| 申請者氏名 (提出代行者) | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設・家族等) *本人・家族等は印不要 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問調査に立会う 家族等 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | | | | | | ※日中の連絡先 電話番号 | () |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|----------|-------|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主治医 | 主治医氏名 | | | | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | | | | | | | | 診療科目 | | | | | | | | | | |
| | 〒 | | | | | | | | | | | ★ 最終受診年月 | | | | | 年 | | 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 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)のみ下記に記入し、**医療被保険者証**(健康保険証)の写しを添付してください。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療保険者名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定疾病名 | | | | | | | | | | | | | | |

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・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。

| | | | |
|-----|--------|------|-------------|
| 受付者 | 医療保険確認 | 電算入力 | 本人同意欄 氏名 |
| | | | |