受付印

介護保険 要介護(要支援)認定申請書

記　入　例

①申請年月日	● 年 ● 月 ● 日
②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。

③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） 松戸　花子 電話番号　●● ●（ ●●●● ）●●●●

被保険者	④被保険者番号	●●●●●●●●●●	④個人番号		
	フリガナ		④生年月日	● 年 ● 月 ● 日	
	④氏名	松戸　太郎			
	⑤医療保険 保険者名		保険者番号		
	⑤医療保険 被保険者証	記号	番号	枝番	
	⑥住所	〒271−0085 松戸市根本387番地の5　電話番号 ●●●(●●●)●●●● 携帯電話 ●●● (●●●)●●●●			
	⑦前回の要介護認定結果等 (1)要介護要支援更新・変更申請のみ記入	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　● 年 ● 月 ● 日 ～ ● 年 ● 月 ● 日			
	⑦前回の要介護認定結果等 (2)転入者	**14日以内に他自治体からの転入者のみ記入**　受給資格証明書　有・無 転出元自治体(市区町村)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。　はい・いいえ ※既に認定結果を受け取っている場合は「いいえ」を選択　※「はい」の場合、申請日　年　月　日			
	⑧変更申請の理由				
	⑨過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等の入所・入院	介護保険施設の名称等・所在地 介護老人保健施設●●	期間　● 年 ● 月 ● 日 ～ ● 年 ● 月 ● 日		
		医療機関等の名称等・所在地 ●●病院	期間　● 年 ● 月 ● 日 ～ ● 年 ● 月 ● 日		
	⑩備考	住民票以外のお住まい等			
⑪訪問調査に立会う家族等	氏名	松戸　花子	続柄	妻	※日中の連絡先 電話番号 ●●● (●●●) ●●●● 携帯電話 ( )

⑫主治医	主治医氏名	根本　一郎	医療機関名	●●病院	診療科目	●●科
	〒271−8588 松戸市根本111番地		定期受診	有・無	受診月	前回 ● 月　次回 ● 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）のみ下記に記入してください。

⑬特定疾病名	

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、主治医意見書、松戸市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、松戸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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

受付者	電算入力	

⑭同意欄
本人署名　松戸　太郎　代筆者氏名　松戸　花子　本人との関係
（本人署名欄代筆の場合）　（　妻　）

R8.7.1改訂