

記載例

様式第4号(第13条関係)

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) 申請書

宮城県大崎市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和●年 ●月 ●日

被 保 険 者	被保険者番号		被保険者番号を記載				個人番号		記載不要				
	医療 保 険	保険者名	40～64歳の方は必ず健康保険証の記号番号を記載し、窓口を持参する。										
		被保険者証	記号	それ以外の方は記載が無い場合でも受付できます。						番号	枝番		
	フリガナ								生年月日		明・大・昭 ●年 ●月 ●日		
	氏 名		認定を受ける人の氏名						性 別		男 ・ 女		
	住 所		〒 ●●●-●●●● 被保険者証に記載されている住所 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・区分変更の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2				更新・変更申請のみ介護区分、有効期間記載				
					有効期間 年 月 日から 年 月 日まで								
			*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		転出元自治体(市町村)名[転入者のみ記載] 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 「はい」の場合、申請日 年 月 日								
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院又は入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地 過去6ヶ月間で介護保険施設、または医療機関に入院した場合のみ記載										
介護保険施設の名称等・所在地 期 間													
医療機関等の名称等・所在地 期 間													
医療機関等の名称等・所在地 期 間													

提出 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) 申請書を提出する方の 氏名(事業所又は施設等), 住所, 電話番号を記載	
	住 所	〒 電話番号	

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名	
	医療機関 所 在 地	主治医氏名, 医療機関名, 所在地を記載 電話番号	

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	該当する疾病名を記載
-------	------------

変更申請の場合のみ記入(該当する理由に○をつけてください。) 変更申請の時は必ず○をつける

1. 心身の状態が変化するため 2. 介護の手間が変化するため 3. その他 ()

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、大崎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、大崎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・日常生活支援総合支援事業を行う者、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。

更新申請において、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば処分延期通知の省略に同意します。

本人氏名 認定を受ける人の氏名