

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

あてはまる申請区分に
チェックを入れてください。

(☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ 転入

泉佐野市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		の続柄	
	氏名			
	住所(所在地)			
	提出代行者の場合は事業所の名称			

今回の申請についての問い合わせに
対応していただける方の
記入をお願いします。

該当箇所に○をつけてください(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・介護医療院)

被保険者	個人番号		介護保険 被保険者番号					
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	氏 名							
	住 所	泉佐野市	性別	男・女				
	医療保険	保険者名		保険者番号				
		被保険者 記号・番号	記号	番号	枝番			
	前回の要介護認定の 結果等 ※新規申請の方は 記入不要	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	変更申請の理由	※区分変更の方のみ記入 申請に至った理由を具体的に記入してください。						

過去6月間の
介護保険施設・
医療機関等
入院、入所

過去6月間以内に入院・入所されている方は
記入してください。

期間 月 日～ 月 日
期間 月 日～ 月 日

主治医	医療機関名	〇〇病院	主治医の氏名	〇〇先生
	所在地		電話番号	— —
	受診状況	通院中	【 直近の受診(予定)日 年 月 日頃 】	
	入院中	傷病名：	最終診察日 あるいは 次回診察予定日	
		手術・退院見込等：		

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入。

特定疾病名	指定16疾病の名称
-------	-----------

調査場所	自宅	自宅以外 ()	市記入欄
日程調整者	フリガナ	被保険者・立会者への連絡は、 日程調整者より、お願いします。	計 名
	氏名		
立会者 (代表1名のみを右に それ以外の方は備考に 記入してください。)	なし・日程	立会者欄には代表1名のみ、記入していただき、 2人目以降は備考欄に氏名・続柄を 記入してください。	
備考			交通事故等該当 有・無 添付書類 被保険者証

(. . . :)

2026.10表