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　□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	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		被保険者との続柄	
	住所（所在地）	電話番号　　－　　－		
	提出代行者の場合は事業所の名称			

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 氏　名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	住　所	泉佐野市 電話番号　　－　　－	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		
		有効期間　：　令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日		
	変更申請の理由	※区分変更の方のみ記入		
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所	介護保険施設・医療機関等の名称、所在地等 （　館　階　号室）	期間　月　日～　月　日	
		（　館　階　号室）	期間　月　日～　月　日	

主治医	医療機関名		主治医の氏名	
	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： 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	

調査場所	自宅　自宅以外（　　）			市記入欄
日程調整者	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	続柄	連絡先	
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・日程調整者・その他（ ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名　　続柄　　） 計　名 連絡先			
備　考				交通事故等該当　有・無 添付書類 被保険者証

→　（　　）

（　.　.　：　　）

2026.10表

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、泉佐野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、泉佐野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。

更新申請の場合、要介護（要支援）認定が申請日から 30 日を超えるときであっても、現在の要介護（要支援）状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

記入日　　年　　月　　日

本人氏名