

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	フリガナ		被保険者との続柄	
	氏名			
	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		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						
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		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	フリガナ	続柄		連絡先
	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・日程調整者・その他(フリガナ 氏名 続柄) 計 名			
備考	連絡先		交通事故等該当 有・無 添付書類 被保険者証	

→ ()
(. . :)

2026.10表