

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)

あてはまる申請区分に
チェックを入れる

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	氏名	フリガナ 申請書を記入される方の氏名	被保険者との続柄	被保険者から みた関係
	住所(所在地)	申請書を記入される方の住所	電話番号	- -
	提出代行者の場合は事業所の名称	代行申請の場合は事業所等の名称		

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・指定介護療養型医療施設)

被保険者	個人番号(マイナンバー)を記入 わからない場合は記入しなくても結構です。	介護保険 被保険者番号	介護保険被保険者証の番号	
	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名	申請される方の氏名	性別	男・女
	住所	申請される方の住所	電話番号	- -
	医療保険	保険者名 被保険者番号	医療保険証の 保険者名・記号番号 ※泉佐野市国保・後期高齢者医療以外の方は、 コピーの添付をお願いします。	
	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	有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 新規申請以外は介護度に ○をして、期間を記入
	変更申請の理由	※区分変更の方のみ記入 変更申請に至った理由を具体的に記入。(区分変更申請のみ記入)		

主治医	医療機関名	かかりつけの病院(医院)名 又は入院・入所先の病院(医院)名・ 住所・電話番号	主治医の氏名	医師の氏名 (フルネーム)
	所在地	電話番号	最終診察日 あるいは 次回診察予定日	
	受診状況	通院中 【直近の受診(予定)日】 年	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。※医療保険証のコピーを添付してください。

特定疾病名	指定16疾病の名称(※65歳未満の方のみ)
-------	-----------------------

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、及び主治医意見書を、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若しくは介護保険施設の関係者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

調査場所	自宅 自宅以外()	市記入欄
日程調整者	申請者・被保険者・その他()	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。
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()	
備考	代表1名のみ、選択していただき、 2人目以降は備考欄に氏名・続柄を 記入してください。	交通事故等該当 有・無 添付書類 被保険者証・委任状 保険証コピー(2号)

→ ()
(:)