

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



岸和田市長 様
次のとおり申請します。

(40~64歳で新規申請の方は、被保険者証の交付申請
があったものとみなします。)

新規・更新

介護保険 被保険者番号		000			申請年月日	令和 年 月 日		
個人番号					生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日		
フリガナ								
氏名					性別	男・女		
住所					電話番号 ()			
医療保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 大阪府後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 岸和田市(国保) <input type="checkbox"/> その他()			保険者 番号			
	被保険者証	記号			番号			枝番
前回の要介護 認定の結果等 (更新申請の場合 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	
		有効期間 : 年 月 日 ~					年 月 日	
過去6箇月間の 介護保険施設・ 医療機関等入院 入所の有無 (有・無)		入所・入院施設の名称・所在地			期 間	年 月 日~		
		入所・入院施設の名称・所在地				年 月 日~		

被保険者
証を必ず
ご持参く
ださい。

提出代行者	氏名 又は 名称	該当を○で囲んでください。 地域包括支援センター・指定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 指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設 その他()	
	住所 又は 所在地	電話番号 ()	

主治医	氏名	医療機関名	
	所在地	電話番号 ()	

※1ヶ月以内に主治医の診察を受けましたか はい いいえ
(「いいえ」の場合の、次回の受診予定日: 年 月 日)

健康保険
証を必ず
ご持参く
ださい。

※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	
-------	--

* 介護サービス計画の作成その他の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、及び主治医意見書を、岸和田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、介護保険施設の関係者に提示すること及び、主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護認定・要支援認定結果について提示することに同意します。

被保険者氏名 _____ 印 _____

市記載欄 (自署の場合、押印省略可)

備 考	処 理 欄				
	被保険者証	暫定利用	資格者証	審査会	調査員
	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収 <input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			