

該当する申請区分に○をしてください。

市記入

介護保険 要介護・要支援認定申請書 (新規・更新・変更・介護)

※要支援者の新規要介護認定申請は介護に○

宇治市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者	介護保険被保険者番号	000	個人番号	
	医療保険	保険者名	保険者番号	
		被保険者証記号	番号	枝番
	フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒	電話番号	
	現在(前回)の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 事業対象者		
	変更・介護申請の理由	有効期間 年 月 日 から 年 月 日		
介護保険施設・医療機関等入院入所(現在)	介護保険施設の名称	期間	年 月 日から	
	医療機関等の名称	期間	年 月 日から	

提出代行者	名称	該当に○ (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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)	担当者名
	住所	〒	電話番号

主治医	主治医の氏名	医療機関名	
	所在地	〒	電話番号
	受診状況	最終受診日 年 月 日	次回受診日 年 月 日

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	番号
-------	----

*提出代行者の場合は、記載不要

提出者	氏名	本人との続柄
	住所	電話番号

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、本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、本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。

被保険者氏名

満 歳
在 施
新 継
受付者印