

該当の区分に☑してください。

受付者印	調査担当

介護保険被保険者証の10桁の番号を記入してください。

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

新規 更新 変更 介護新規 転入

春日部市あて
次のとおり申請します。

医療保険の番号等を記入してください。

被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	申請日	○年 ○月 ○日		
医療保険		保険者名		春日部市								個人番号	*****		
		被保険者証		記号	614						番号	12345678	枝番	02	
被 保 険 者	フリガナ	カスカベ ハナコ										生年月日	明・大 昭 10年10月10日		
	氏名	春日部 花子										性別			
	住所	〒344-0067 春日部市中央6-2										電話番号	048 (736) 1111		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					有効期限 ○年○月○日から ○年○月○日			
		※14日以内に 他自治体から 転入した者のみ 記入		転出元自治体(市町村)名〔 〕 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知済) はい・いいえ										入院・入所している場合は記入してください。	
過去6カ月間の 介護保険施設・医療 機関等入院入所の 有無		〇〇〇〇〇〇病院										期間 ○年○月○日～ ○年○月○日			
申請理由		(区分変更・介護新規申請の場合は理由を記入してください。)													

提出 代 行 者	名称	該当に○ (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・介護医療院)									
	担当ケアマネジャー	主治医の氏名をフルネームで記入してください。(しばらく受診がない場合は受診をするようにしてください。)									
		電話番号 ()									

提出者 (窓口に来られた方)	春日部 太郎	本人との関係	夫
----------------	--------	--------	---

介護者の 連絡先	氏名	春日部 太郎	本人との関係	夫
	住所 (自宅・勤務先等)	〒344-0067 春日部市中央6-2		
		電話番号 048 (736) 1111		

主治医	氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 春日部市〇〇〇〇		
		電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

被保険者が署名できない場合は、提出者(ご家族様)が代筆してください。

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となる調査内容、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春日部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又は介護保険施設の関係人、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又は提供することに同意します。

本人氏名	春日部 花子(代筆:春日部太郎)
------	------------------