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
要介護認定区分変更・要支援認定区分変更）申請書

（あて先）
防 府 市 長

次のとおり申請します。

新規	更新	変更

申請年月日	年　月　日		
申請者氏名 （窓口に来られた方）		本人との関係	
住　所	〒 電話番号		
提出代行者 名　称	該当に〇（地域包括支援ｾﾝﾀｰ・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院） 印		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所･電話番号は記載不要。

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明･大･昭　年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		
	前回の要介護認定の結果等	*更新申請、変更申請の場合に記入	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。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）　はい・いいえ 「はい」の場合、申請日　年　月　日	
	変更申請の理由	*変更申請の場合に記入	≪詳細別紙≫	
	過去６ケ月間の介護保険施設・医療機関への入院・入所の有無 有 ・ 無	介護保険施設・医療機関等の名称（該当区分に〇）		入所・入院日　退所・退院日
		・介護保険施設 ・医療機関、その他		年　月　日～　年　月　日
		・介護保険施設 ・医療機関、その他		年　月　日～　年　月　日
		・介護保険施設 ・医療機関、その他		年　月　日～　年　月　日

主　治　医	医療機関名	**延長を希望される場合は記入は不要です**	主治医の氏名	
	所　在　地		電話番号	

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ必ず記入

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

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、及び主治医意見書を、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若しく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することに同意します。

代筆者氏名

本人氏名

特記欄	処理欄				受付欄
延長希望	被保証		入　力		
	資格者証		意見書		
受付					