

※介護保険被保険者証(ピンク色)を必ず添付してください。

受付印

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

申請区分 新規 更新 変更

↑該当する項目にチェックしてください。

申請年月日 令和 年 月 日

※市役所(支所等)で受付をした日が申請日となります。

(あて先) 姫路市長

次のとおり申請します。(太線の枠内を記入してください。)

見本

提出 代 行 者	事業所番号	必ず欄内に10桁で記入してください。									
	法人名 代表者名	※ 施設の場合は、施設名・施設の管理者名、居宅介護支援事業者の場合は法人名・法人の代表者名									
	所在地	(TEL: - -)									

(該当に必ず☑をつけてください)

- 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
- 地域包括支援センター

住 所	個人番号 被保険者番号			
	生 年 月 日	□明 □大 □昭 年 月 日		
ふりがな 氏 名				
電話番号	種別(※)	- -	性 別	□男 □女
訪問調査先 (現在の居所)	入院・入所の場合はその施設名・部屋番号・入院期間を書いてください。上の住所と同じ場合は記入不要です。			
訪問調査先 電話番号	種別(※)	- -	入院期間 入所期間	年 月 日～ 年 月 日予定
訪問調査日時の 連絡先電話番号	種別(※)	- -	氏 名	本人との続柄 ()

※連絡先の種別を記入してください (1.本人 2.家族 3.介護支援専門員(ケアマネジャー) 4.施設 5.病院 6.他)

前回認定結果	要介護状態区分等			
	有効期間	から まで		
	14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入してください。	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とっている場合は「いいえ」を選択してください。) はい ・ いいえ ※「はい」の場合、その申請種別 (新規 ・ 更新 ・ 変更)		
変更申請の場合その理由	1 心身機能の悪化 2 心身機能の改善 3 その他 ()			

主治医 (主治医意見書を依頼する医療機関名等)	医療機関名	医 師 名	
	所在地	診 療 科	

同意欄	・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、姫路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。	本人氏名
-----	---	------

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

(申請時に医療保険被保険者証を持参してください。)

医療保険者名	医療保険被保険者証		記号	番号			
特定疾病名							
受付日	年 月 日	地区 CD	特定 疾病 CD	受付	被保険者証回収	被保険者証交付申請	資格者証発行